Изданіе Общества для пособія нуждающимся студентамъ
ИМПЕРАТОРСКАГО Московскаго Университета.

КУРСЪ ПСИХІАТРІИ

С. С. Корсакова

ординарнаго профессора ИМПЕРАТОРСКАГО Московскаго Университета.

ИЗДАНІЕ ВТОРОЕ

(ПОСМЕРТНОЕ), ПЕРЕРАБОТАННОЕ АВТОРОМЪ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

Коммиссіи Общества Невропатологовъ и Психіатровъ, состоящаго при ИМПЕРАТОРСКОМЪ Московскомъ Университетѣ.

МОСКВА.
Типо-литографія В. Рихтеръ, Тверская, Мамоновскій пер., с. д.
1901



С. Корсаковъ

Отъ Комитета Общества для пособія нуждающимся студентамъ Императорскаго Московскаго Университета.

Выпуская въ свѣтъ трудъ своего покойнаго Предсѣдателя, Комитетъ считаетъ необходимымъ объяснить какъ причины, побудившія его вступить на новый путь въ своей дѣятельности, такъ и ту цѣль, съ какою предпринято настоящее изданіе.

Первая мысль и въ этомъ дѣлѣ, какъ и во многомъ другомъ, принадлежитъ Сергѣю Сергѣевичу. Будучи болѣе 15 лѣтъ однимъ изъ наиболѣе ревностныхъ работниковъ Общества и близко зная студенчество и его нужды, Сергѣй Сергѣевичъ полагалъ, что Обществу для пособія нуждающимся студентамъ не слѣдуетъ ограничивать свою дѣятельность врачеваніемъ матеріальной нужды лишь въ той формѣ, въ которой обычно выражалась его помощь; Общество, по мнѣнію Сергѣя Сергѣевича, должно обратить вниманіе и на другую сторону студенческой жизни: оно обязано оказывать содѣйствіе и возможную помощь и запросамъ ума и знанія. Но если трудно оказать разумную матеріальную поддержку, то во много разъ труднѣе помощь, направленная на удовлетвореніе умственной стороны жизни: для этого нужны и особое умѣніе, и особое знаніе, а также особыя денежныя средства, израсходованіе которыхъ не могло бы оказать никакого вліянія на ту сторону дѣятельности, которая имѣетъ въ виду облегченіе матеріальной нужды студенчества. Поэтому Сергѣй Сергѣевичъ всѣ свои заботы и направилъ прежде всего на возможное по мѣрѣ силъ и средствъ Общества устраненіе той студенческой нужды, которая не только мѣшаетъ научнымъ занятіямъ, но иногда дѣлаетъ прямо невозможнымъ и самое пребываніе студента въ университетѣ. И только тогда, когда Общество благодаря щедрымъ пожертвованіямъ широко развило свою дѣятельность въ этомъ направленіи, когда постепенно одна за другой были устроены три студенческія столовыя, когда было открыто бюро для прінсканія студентамъ занятій, когда была организована на широкихъ началахъ по-

мощь платьемъ, бѣльемъ и другими вещами, и Общество, несмотря на громадные, сравнительно съ недалекимъ прошлымъ, расходы, имѣло возможность удовлетворять всю болѣе или менѣе острую студенческую нужду, Сергѣй Сергѣевичъ въ февралѣ мѣсяцѣ 1899 года внесъ въ Комитетъ предложенiе объ учрежденiи особой коммиссiи, на обязанности которой лежала бы забота объ изданiи лекцiй, учебныхъ пособiй и другихъ необходимыхъ при прохожденiи курса книгъ по возможно доступной для студентовъ цѣнѣ. Предложенiе Сергѣя Сергѣевича было принято Комитетомъ. На первомъ засѣданiи вновь организованной коммиссiи Сергѣй Сергѣевичъ заявилъ, что онъ готовитъ къ печати второе изданiе своего Курса Психiатрiи и что весь доходъ отъ этого изданiя онъ желаетъ пожертвовать въ Общество для вышеуказанной цѣли. Изданiе онъ предполагалъ выпустить въ 1900 году, но къ сожалѣнiю преждевременная смерть помѣшала ему осуществить его намѣренiе.

Послѣ смерти Сергѣя Сергѣевича вдова покойнаго предоставила Обществу право на изданiе его трудовъ; Комитетъ съ благодарностью принялъ это пожертвованiе и поручилъ коммиссiи озаботиться печатанiемъ труда покойнаго, при чемъ постановилъ, что весь чистый доходъ отъ этого изданiя долженъ образовать особый фондъ для послѣдующихъ изданiй Общества.

Комитетъ считаетъ своимъ долгомъ принести свою глубокую благодарность вдовѣ покойнаго Сергѣя Сергѣевича Аннѣ Константиновнѣ Корсаковой, Обществу Невропатологовъ и Психiатровъ, состоящему при Императорскомъ Московскомъ Университетѣ, любезно согласившемуся принять на себя нелегкую обязанность редакцiи этого изданiя, а также и всѣмъ лицамъ, оказавшимъ свое содѣйствiе Комитету въ этомъ дѣлѣ.

Подробный отчетъ объ этомъ изданiи будетъ помѣщенъ въ отчетѣ Комитета объ его дѣятельности за текущiй годъ.

ОТЪ РЕДАКЦІИ.

Общество Невропатологовъ и Психіатровъ, состоящее при Императорскомъ Московскомъ Университетѣ, къ которому Комитетъ Общества для пособія нуждающимся студентамъ обратился съ просьбою взять на себя редактированіе второго изданія „Курса Психіатріи“ С. С. Корсакова, въ засѣданіи 26 мая 1900 г. избрало съ этою цѣлью коммиссію, въ составъ которой вошли А. Н. Бернштейнъ, Н. Д. Ждановъ, Н. П. Постовскій, Ѳ. Е. Рыбаковъ, В. П. Сербскій, П. П. Стрѣльцовъ, С. А. Сухановъ, А. А. Токарскій и В. И. Яковенко. При разсмотрѣніи рукописи оказалось, что С. С. Корсаковъ успѣлъ переработать значительную часть 1-го изданія: весь первый томъ (общая психопатологія), а изъ второго тома (частной психопатологіи) I классъ (симптоматическія и скоропреходящія психическія разстройства) и значительная часть 1-го отдѣла II класса (меланхолія, манія и безсмысліе) были совершенно готовы къ печати. Остальная же часть курса (изъ 1-го отдѣла II класса—смѣшанныя формы и исходныя состоянія, 2-ой отдѣлъ—органическія психическія разстройства, 3-й отдѣлъ — психопатическія конституціи и конституціональные психозы, и весь III классъ—состоянія психическаго недоразвитія) осталась необработанною, хотя въ отдѣльныхъ мѣстахъ Сергѣемъ Сергѣевичемъ были сдѣланы многочисленныя (не всегда разборчивыя) помѣтки, ссылки на авторовъ, а также болѣе или менѣе законченныя вставки и дополненія. Для приготовленія къ печати эта часть была раздѣлена между членами коммиссіи, которые вносили, каждый въ своемъ отдѣлѣ, всѣ указанныя авторомъ измѣненія, при чемъ всѣ малоразборчивыя или внушавшія сомнѣніе отмѣтки обсуждались совмѣстно въ засѣданіяхъ коммиссіи. Коммиссія при этомъ рѣшила вносить только тѣ добавленія, въ которыхъ можно было ясно уловить мысль С. С.; поэтому многія мѣста остались въ прежнемъ видѣ, несмотря на отмѣтки, указывающія на явное желаніе автора подвергнуть

ихъ переработкѣ. Въ видѣ совершенной неопредѣленности этихъ указаній коммиссія и не считала себя въ правѣ дѣлать какія-либо дополненія отъ себя, такъ какъ они могли оказаться не соотвѣтствующими намѣреніямъ С. С. Больше всего добавленій было сдѣлано въ главахъ о смѣшанныхъ формахъ, эпилептическихъ психозахъ, морфинизмѣ и отчасти алкоголизмѣ; нѣкоторые же отдѣлы (неврастенія, ипохондрія, органическія разстройства и состоянія психическаго недоразвитія) остались почти безъ измѣненія.

Помимо этой редакціонной работы члены коммиссіи держали послѣднюю (чистую) корректуру и составили „Указатель“.

Коммиссія Общества Невропатологовъ и Психіатровъ, состоящаго при Императорскомъ Московскомъ Университетѣ.

Предисловіе ко 2-му изданію.

Однимъ изъ упрековъ, который дѣлался первому изданію моего курса психіатріи, заключался въ отсутствіи въ немъ предисловія. Сознавая *полную справедливость этого замѣчанія, я однако долженъ объяснить,* что вполнѣ сознательно выбросилъ предисловіе изъ перваго изданія. Въ самомъ дѣлѣ, что я могъ написать въ немъ? Я могъ написать лишь то, что курсъ мой составляется главнымъ образомъ для моихъ слушателей. Исторія его происхожденія такова. Мои слушатели 1891 года издали краткій курсъ моихъ лекцій, хотя изданіе было составлено по моимъ запискамъ, но такъ какъ оно шло спѣшно и безъ моей корректуры, то и содержало въ себѣ очень большое количество существенныхъ опечатокъ. Это заставило меня взять изданіе курса на себя.

Само собою разумѣется, что едва только я приступилъ къ этому, какъ явилась необходимость сдѣлать нѣкоторыя добавленія къ тому, что обыкновенно входитъ въ систематическій курсъ психіатріи, читаемый студентамъ, но однако главная цѣль изданія была — дать книгу, которая могла быть краткимъ руководствомъ для студентовъ и притомъ главнымъ образомъ для моихъ слушателей Этимъ объясняется и самое названіе, которое я далъ книгѣ —„курсъ психіатріи“. Такое названіе, по моему мнѣнію, устраняло необходимость предисловія и объясняло нѣкоторыя другія особенности изложенія, какъ, напр., полное отсутствіе ссылокъ и указаній на литературные источники.

Однако книга моя получила распространеніе нѣсколько бо́льшее, чѣмъ обыкновенно имѣетъ курсъ лекцій. Въ медицинской печати къ ней отнеслись въ общемъ довольно сочувственно и даже придали ей значеніе руководства, которое не имѣлось въ виду при изданіи. Это обстоятельство накладываетъ на меня обязанность сдѣлать во 2-мъ изданіи нѣкоторыя измѣненія, соотвѣтственно нѣсколько болѣе широ-назначенію книги. Но я не считалъ бы правильнымъ измѣнять

ее по существу. Дѣло въ томъ, что всетаки главное назначеніе книги— быть руководствомъ для начинающихъ, и потому какъ въ формѣ изложенія предмета, такъ и въ содержаніи должны быть нѣкоторыя особенности, отличающія руководство для начинающихъ, отъ руководства, которымъ могли бы пользоваться и опытные спеціалисты. Въ послѣднемъ должно быть такое детальное разсмотрѣніе предмета, которое, конечно, должно увеличить объемъ книги во много разъ; въ руководствѣ же для начинающихъ достаточно суммарнаго изложенія. Вслѣдствіе этого, конечно, нѣкоторыя мѣста книги, содержащія отдѣлы, излагаемые мною не совсѣмъ согласно съ другими авторами, а соотвѣтственно моей личной точкѣ зрѣнія, могутъ показаться не вполнѣ достаточно обоснованными; мнѣ, напр., дѣлалось возраженіе о недостаточной обоснованности моего мнѣнія о существованіи психопатической конституціи послѣ душевныхъ болѣзней и вообще послѣ мозговыхъ болѣзней, но я не думаю, чтобы это могло быть препятствіемъ къ тому, чтобы высказать, хотя и кратко, болѣе или менѣе оригинальную мысль, которая безъ этого осталась бы можетъ быть и вовсе не высказанной и которая, конечно, несмотря на краткость изложенія въ дѣйствительности является лишь результатомъ продолжительной работы и критическаго анализа.

Въ заключеніе я позволю себѣ поблагодарить всѣхъ товарищей, которые взяли на себя трудъ просмотрѣть первое изданіе моего курса психіатріи и сдѣлать свои замѣчанія въ печати. Я надѣюсь, что они не откажутъ въ своихъ указаніяхъ и на недостатки 2-го изданія.

С. Корсаковъ.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Стр.

Изданіе Общества для пособія нуждающимся студентамъ
ИМПЕРАТОРСКАГО Московскаго Университета.

КУРСЪ ПСИХІАТРІИ

С. С. Корсакова

ординарнаго профессора ИМПЕРАТОРСКАГО Московскаго Университета.

ИЗДАНІЕ ВТОРОЕ

(ПОСМЕРТНОЕ), ПЕРЕРАБОТАННОЕ АВТОРОМЪ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

Коммиссіи Общества Невропатологовъ и Психіатровъ, состоящаго при ИМПЕРАТОРСКОМЪ Московскомъ Университетѣ.

ТОМЪ І-й

МОСКВА.
Типо-литографія В. Рихтеръ, Тверская, Мамоновскій пер., с. д.
1901

ВВЕДЕНІЕ.

Въ Психіатріи изучаются тѣ болѣзненныя разстройства, которыя выражаются главнымъ образомъ въ области явленій душевной дѣятельности человѣка, т. е. въ мысляхъ, чувствованіяхъ, желаніяхъ и поступкахъ.

Если человѣкъ подъ вліяніемъ болѣзненнаго состоянія станетъ считать, что онъ патріархъ, что онъ можетъ въ одну минуту переселиться изъ Москвы въ Петербургъ и т. п., мы говоримъ, что у него психическая болѣзнь. Точно также, если у человѣка является тоска, отчаяніе, безъ всякаго внѣшняго повода или даже при такихъ условіяхъ, которыя въ здоровомъ состояніи вызываютъ радостное настроеніе, то это тоже будетъ душевная болѣзнь. Если у человѣка будутъ совершенно извращенныя влеченія, если его поступки будутъ отличаться въ очень рѣзкой степени отъ обычной нормы, то въ большинствѣ случаевъ и это будетъ проявленіемъ душевной болѣзни.

Проявленія душевныхъ болѣзней въ отдѣльныхъ случаяхъ очень разнообразны, но общее въ нихъ то, что при нихъ измѣняется „личность“ человѣка.

Личностью человѣка мы называемъ совокупность его душевныхъ качествъ: совокупность свойственныхъ ему чувствованій, его способъ мышленія, характеръ его поступковъ. Личность для каждаго человѣка имѣетъ по отношенію къ опредѣленію его индивидуальности значеніе, сходное съ тѣмъ, какое для тѣлесныхъ свойствъ имѣетъ его физическій обликъ. Личность у каждаго человѣка имѣетъ такіе же опредѣленные признаки, какъ форма его тѣла, черты его лица. По проявленіямъ личности мы узнаемъ человѣка. Если намъ говорятъ о чьихъ нибудь мысляхъ или поступкахъ, то мы, хорошо зная человѣка, мо-

жемъ сказать, могъ ли онъ такъ думать или дѣлать: одинъ родъ мыслей и поступковъ свойственъ одного рода личностямъ, другой—личностямъ другого рода.

Личность, какъ я сказалъ, есть совокупность душевныхъ свойствъ человѣка. Но этого мало: личность не есть простая совокупность душевныхъ свойствъ, а организованное ихъ сочетаніе. Подобно тому, какъ ткани нашего тѣла слагаются въ тѣлесный организмъ, такъ и душевныя свойства, сочетаясь по законамъ жизни, образуютъ личность. Поэтому, личность человѣка есть также организмъ или самостоятельная часть организма.

Подобно всякому организму личность не есть нѣчто неизмѣнное: она должна подвергаться измѣненіямъ. Измѣненія ея могутъ быть физіологическія и патологическія. Физіологическія измѣненія личности бываютъ подъ вліяніемъ разныхъ условій и особенно подъ вліяніемъ возраста.

Подобно тому, какъ тѣло человѣческое съ возрастомъ развивается и мѣняется, такъ и душевный обликъ становится съ возрастомъ инымъ. Общепризнанная истина, что человѣкъ въ старости отличается по совокупности своихъ свойствъ отъ того, чѣмъ онъ былъ въ дѣтствѣ и юности.

Однако такое измѣненіе личности, связанное съ возрастомъ, происходитъ медленно, изо дня въ день, такъ что преемственность душевныхъ свойствъ непрерывно продолжается: съ возрастомъ лишь очень понемногу измѣняются отдѣльныя проявленія личности, при чемъ въ каждую данную эпоху остается по прежнему та гармоничность въ сочетаніи душевныхъ свойствъ, которыми обусловливается „единство“ личности. Но бываютъ измѣненія личности и другого характера. Личность измѣняется иногда чрезвычайно рѣзко и быстро. Человѣкъ становится совершенно не тѣмъ, какимъ былъ прежде, теряетъ свои наиболѣе характерныя душевныя черты: изъ скромнаго дѣлается хвастливымъ, изъ кроткаго и мирнаго драчливымъ, изъ вдумчиваго и глубокомысленнаго—крайне поверхностнымъ, непослѣдовательнымъ въ своихъ выводахъ. Присматриваясь къ такого рода измѣненіямъ, мы замѣчаемъ, что у человѣка при этомъ нарушена гармоничность сочетанія душевныхъ свойствъ, ослабляется, а часто и совсѣмъ теряется — объединеніе ихъ въ стройную совокупность, утрачивается „единство“ личности.

Такого рода измѣненія бываютъ чаще всего подъ вліяніемъ патологическихъ условій. Что болѣзнь вызываетъ измѣненіе психическихъ свойствъ, въ этомъ мы убѣждаемся на каждомъ шагу. Послѣ травматическихъ поврежденій головы, психическая дѣятельность часто рѣзко мѣ-

няется, а иногда и совсѣмъ пріостанавливается, если человѣкъ впадаетъ въ безсознательное состояніе. Органическія болѣзни головного мозга сплошь и рядомъ сопровождаются разстройствомъ душевной дѣятельности. Общія инфекціонныя болѣзни, какъ тифъ, септицемія сопровождаются рѣзкими явленіями со стороны душевной сферы. Точно также введеніе въ организмъ такихъ ядовъ, какъ алкоголь, хлороформъ, опій, гашишъ, атропинъ, бѣлена, вызываетъ глубокое разстройство сообразительности, памяти и сознанія. Все это съ несомнѣнностью убѣждаетъ насъ, что болѣзнь тѣлеснаго организма можетъ вызывать и измѣненія въ личности; поэтому, измѣненія эти и носятъ названіе патологическихъ.

Всѣ такого рода измѣненія, т. е. всѣ патологическія разстройства душевной дѣятельности и составляютъ предметъ психіатріи. Нѣкоторыя изъ нихъ являются лишь второстепенными признаками при другихъ болѣзняхъ, какъ тифъ, ушибы головы, отравленія. Въ другихъ же случаяхъ симптомы со стороны душевной жизни выступаютъ на первый планъ. Именно такого рода разстройства и составляютъ главный предметъ психіатріи. Они то по преимуществу и называются „душевными болѣзнями“.

Итакъ, къ душевнымъ болѣзнямъ въ тѣсномъ смыслѣ слова причисляются такія патологическія разстройства душевной дѣятельности, при которыхъ психическіе симптомы выступаютъ на первый планъ.

Эти болѣзни могутъ быть пріобрѣтенными и врожденными. Пріобрѣтенными душевными болѣзнями называются такія, при которыхъ происходятъ измѣненія личности подъ вліяніемъ патологическихъ условій. Но не одни только *измѣненія* личности составляютъ душевныя болѣзни. Сплошь и рядомъ приходится наблюдать людей, у которыхъ душевныя свойства *никогда* не были въ гармоническомъ сочетаніи; у такихъ людей никогда, отъ самого рожденія ихъ, не было правильнаго строя душевной жизни. Это такъ называемыя врожденныя разстройства душевной дѣятельности. Въ сущности и врожденныя разстройства душевной дѣятельности принадлежатъ къ болѣзненнымъ проявленіямъ; только при нихъ болѣзнетворныя вліянія дѣйствуютъ не послѣ рожденія человѣка, а тогда еще, когда только что нарождается жизнь: иной разъ патологическія вліянія дѣйствуютъ еще на элементы родителей, иной разъ во время зачатія, иной разъ въ періодъ утробной жизни.

Итакъ, предметъ психіатріи составляютъ душевныя болѣзни или патологическія измѣненія личности. Что лежитъ въ основѣ ихъ?— Безспорно, тѣлесныя измѣненія. Вѣдь каково бы ни было происхожденіе знакомыхъ намъ психическихъ явленій человѣка, они составляютъ одну

изъ сторонъ жизни его организма, правда въ высшей степени важную. Мы видѣли уже, что несомнѣнно психическія разстройства вызываются тѣлесными болѣзнями. Точно также опытъ показываетъ, что при душевныхъ болѣзняхъ въ тѣсномъ смыслѣ слова, мы почти всегда находимъ на ряду съ симптомами психическими и признаки разстройства въ физическихъ отправленіяхъ организма. Въ виду этого мы имѣемъ полное основаніе высказать предположеніе, что патологическія измѣненія личности обусловливаются всегда измѣненіями тѣлесными и что душевныя болѣзни суть такія же тѣлесныя болѣзни, какъ и всѣ другія. Въ частности онѣ суть болѣзни нервной системы; и только потому, что симптомы, которыми проявляются душевныя разстройства, съ практической точки зрѣнія требуютъ особенныхъ условій для лѣченія и наблюденія,—этотъ отдѣлъ нервной патологіи выдѣляется въ особую специальность. Итакъ, душевныя болѣзни составляютъ часть болѣзней нервной системы.

Это положеніе подтверждается и подробнымъ изученіемъ проявленій душевныхъ болѣзней; почти всегда рядомъ съ разстройствами психическими мы встрѣчаемъ у душевно больныхъ множество проявленій разстройства другихъ отправленій нервной системы, — движеній, чувствительности, также вазомоторной, секреторной и трофической дѣятельности. Мало того, при тѣхъ формахъ душевныхъ болѣзней, которыя сопровождаются особенно рѣзкими измѣненіями въ психическихъ проявленіяхъ, мы при вскрытіи находимъ весьма опредѣленныя измѣненія въ строеніи головного мозга, именно въ его полушаріяхъ. Измѣненія эти иногда бываютъ на столько рѣзки, что сразу бросаются въ глаза: на поверхности мозга умершихъ отъ тяжелой душевной болѣзни лицъ, мы часто находимъ глубокія впадины, какъ результатъ убыли мозгового вещества въ корѣ полушарій мозга. Въ другихъ случаяхъ эти измѣненія не такъ рѣзки: они обнаруживаются лишь при очень тщательномъ микроскопическомъ изслѣдованіи мозга. Правда, таковыя измѣненія найдены не при всѣхъ душевныхъ болѣзняхъ. Но чуть не съ каждымъ годомъ при улучшеніи способовъ посмертнаго изслѣдованія нервной системы, все болѣе и болѣе расширяется кругъ душевныхъ разстройствъ, при которыхъ констатируются измѣненія въ головномъ мозгу; съ другой стороны и ежедневные физіологическіе опыты подтверждаютъ, что именно при вліяніяхъ, дѣйствующихъ на головной мозгъ, обнаруживаются тѣ явленія, которыя служатъ главными признаками душевныхъ болѣзней. Это даетъ основаніе считать, что душевныя болѣзни, составляя часть нервной патологіи, суть болѣзни головного мозга и именно того отдѣла его, который носитъ названіе передняго мозга.

Итакъ, изъ сказаннаго мы можемъ сдѣлать такой выводъ: душевныя болѣзни по своимъ проявленіямъ суть болѣзненныя разстройства личности, а по локализаціи—суть болѣзни передняго мозга.

Анатомическія измѣненія, которыя лежатъ въ основѣ душевныхъ заболѣваній иной разъ бываютъ, какъ я сказалъ, грубы, замѣтны на простой глазъ; иной же разъ они не замѣтны при самомъ тщательномъ изслѣдованіи, но и тогда нужно предполагать, что въ нервныхъ элементахъ существуютъ очень тонкія, можетъ быть, молекулярныя измѣненія. Грубыя нарушенія въ строеніи мозга обыкновенно остаются на всегда, тонкія же измѣненія очень часто проходятъ, исчезаютъ безслѣдно, а соотвѣтственно этому проходятъ и душевныя болѣзни, служащія ихъ проявленіемъ. Такимъ образомъ мы приходимъ къ важному выводу, что многія изъ душевныхъ болѣзней могутъ проходить, могутъ излѣчиваться.

Признаніе факта, что душевныя болѣзни суть болѣзни головного мозга, *совершилось лишь въ очень недавнее время. Хотя и въ древнія* времена были люди, которые, подобно великому Гиппократу, видѣли въ душевныхъ разстройствахъ такія же тѣлесныя болѣзни, какъ и другія заболѣванія, *тѣмъ не менѣе громадное большинство* очень долгое время смотрѣло на душевныя заболѣванія неправильно, какъ на проявленія дѣйствія мистическихъ силъ; иногда въ больныхъ видѣли святыхъ, а чаще—***бѣсноватыхъ*** и ***преступниковъ***. Съ особенной силой господствовало это воззрѣніе въ средніе вѣка и влекло за собою поразительно жестокое обращеніе съ душевно больными: ихъ не только держали прикованными къ стѣнамъ мрачныхъ и смрадныхъ тюремъ, но мучили всѣми пытками инквизиціи, сжигали на кострахъ. .

Только въ послѣднія столѣтія стала все болѣе проникать въ сознаніе мысль, что душевно больные суть такіе же больные, какъ всѣ остальные и требуетъ не мученія, а лѣченія: и едва-едва минуло сто лѣтъ съ того времени, когда принципы гуманнаго обращенія стали примѣняться къ душевно больнымъ. Но и теперь еще остатки прежняго воззрѣнія очень распространены; до сихъ поръ еще въ массѣ народа на многихъ душевно больныхъ смотрятъ какъ на одержимыхъ бѣсомъ. Ихъ не помѣщаютъ въ больницы, а держатъ на цѣпи; ихъ не лѣчатъ, а отчитываютъ и подвергаютъ заключеніямъ. Постоянно попадаются въ печати сообщенія о жестокомъ обращеніи съ больными: тамъ убили душевно больную, какъ колдунью, тамъ били больного до полусмерти, чтобы выгнать бѣса, тамъ десятки лѣтъ держатъ его на цѣпи, тамъ уморили окуриваніемъ. Не очень давно описана была ужасная драма

происшедшая въ Жиздринскомъ уѣздѣ: душевно больную женщину, которую считали за одержимую бѣсомъ, подвергли страшнымъ пыткамъ: задохнувшаяся въ чаду отъ окуриванія, она найдена съ слѣдами множества ожоговъ, произведенныхъ родною ея матерью и сестрою, думавшихъ такимъ путемъ изгнать бѣсовъ, владѣющихъ больной... И больная умерла, да и сестра ея глубоко потрясенная, (а можетъ быть и отравленная угаромъ), также заболѣла острымъ психическимъ разстройствомъ и въ нѣсколько дней скончалась; а мать впала въ длительное помѣшательство... И это произошло не изъ жестокости, а изъ сильной привязанности, изъ страстнаго желанія помочь...

Таковы послѣдствія глубоко укоренившагося неправильнаго воззрѣнія, поддерживаемаго невѣжествомъ и суевѣріемъ. Медленно проникающее въ глубь народныхъ массъ просвѣщеніе борется съ этими остатками мрака, и оно одно только можетъ ихъ окончательно побѣдить. Поэтому то въ значительной степени справедливъ афоризмъ, что по тому, какъ устраиваетъ своихъ душевно больныхъ данное общество можно судить о степени распространенія цивилизаціи въ немъ. И это такъ и должно быть; вѣдь, цивилизація должна заключаться въ распространеніи истиннаго взаимнаго пониманія душевныхъ особенностей между членами общества и въ устройствѣ жизни сообразно съ душевными потребностями.

Въ развитіи этого пониманія и лежитъ между прочимъ культурная задача психіатріи. Занимаясь изученіемъ душевныхъ болѣзней, научая понимать разнообразныя проявленія душевной жизни, она указываетъ, какъ при помощи гуманныхъ мѣръ, можно сдѣлать весьма многое для людей, къ которымъ прежде примѣняли лишь жестокость, какъ при помощи разумнаго обращенія и лѣченія можно возстановить разстроенную и угасающую душевную дѣятельность.

Послѣднее столѣтіе съ убѣдительностью доказало, что душевныя болѣзни также какъ и болѣзни другихъ категорій должны быть лѣчимы и что онѣ излѣчиваются. Въ этомъ отношеніи между ними и другими болѣзнями нѣтъ разницы. Какъ во всѣхъ тѣлесныхъ болѣзняхъ есть случаи излѣчимые и неизлѣчимые, такъ есть они и въ числѣ душевныхъ разстройствъ. И излѣчимыхъ, доступныхъ лѣченію, случаевъ вовсе не мало.

Я считаю нужнымъ отмѣтить это въ самомъ началѣ курса, чтобы опровергнуть господствующее въ обществѣ убѣжденіе, что „сумашествіе“ почти никогда не излѣчивается. Это убѣжденіе совершенно не вѣрное. Оно держится, какъ остатокъ стараго времени, когда больницы для душевно больныхъ были тюрьмами, а не лѣчебницами. Въ теченіе

истекшаго столѣтія психіатры представили убѣдительныя доказательства того, что изъ лѣчебницъ для душевно больныхъ выходятъ выздоровѣвшими такъ-же, какъ и изъ другихъ больницъ; особенно много выздоравливаетъ, и что важно, изъ числа тѣхъ, которые сразу, въ первый мѣсяцъ заболѣванія начали правильно лѣчиться, именно до 80 процент., тогда какъ изъ числа тѣхъ, кто поступилъ въ лѣчебницу поздно, не ранѣе чѣмъ черезъ полгода отъ начала заболѣванія, выздоравливаетъ лишь около 10%. Отсюда ясно, какое громадное значеніе имѣетъ правильное лѣченіе душевныхъ болѣзней.

Уже изъ этого очевидно, какъ неправиленъ тотъ взглядъ, который довольно распространенъ и между врачами и который удерживаетъ многихъ отъ занятія психіатріей—именно взглядъ, что врачу душевныхъ болѣзней меньше, чѣмъ врачу другихъ спеціальностей, приходится врачевать больныхъ, т. е. прилагать свой трудъ и знаніе къ дѣлу лѣченія. Этотъ взглядъ большое заблужденіе. Правда, при лѣченіи душевныхъ болѣзней мы рѣдко имѣемъ такой быстрый и рѣзкій результатъ благодѣтельнаго дѣйствія врача, какъ напримѣръ въ случаяхъ хирургическихъ операцій, тяжелыхъ родовъ, лѣченія острыхъ инфекціонныхъ болѣзней; душевныя болѣзни текутъ медленно, и въ большинствѣ случаевъ нужно методически вести лѣченіе въ теченіе мѣсяцевъ и даже лѣтъ, чтобы достигнуть выздоровленія. Правда, нуженъ извѣстный складъ характера, нужно много терпѣнія и твердой увѣренности, чтобы въ теченіе долгаго времени выжидать едва замѣтныя измѣненія въ направленіи болѣзни; но за то окончательный успѣхъ за все вознаграждаетъ. Врачу психіатру, преданному своему дѣлу и своимъ больнымъ, знакомы такія высокія минуты удовлетворенія, такіе признаки глубокаго довѣрія со стороны выздоровѣвшихъ больныхъ, что онъ не можетъ не сознавать, что въ качествѣ цѣлителя онъ дѣлаетъ не меньше врача всякой другой спеціальности. Не могу однако не сказать, что много случаевъ душевныхъ заболѣваній остается неизлѣченными. Но, вѣдь, и они нуждаются въ правильномъ призрѣніи, а устроить правильное призрѣніе душевно больныхъ можно только руководясь указаніями знающаго врача. Не нужно забывать, что душевно больныхъ количество не малое. Въ одной Россіи, по приблизительному разсчету, есть около 250 тысячъ душевно больныхъ, и большинство ихъ находится въ чрезвычайно тяжелыхъ условіяхъ, при чемъ страдаютъ не они только, а и ихъ семья. Человѣку гуманному съ стремленіемъ къ общественной дѣятельности есть надъ чѣмъ поработать въ этой области.

Давая удовлетвореніе присущей человѣку живой потребности приносить людямъ пользу и облегчить ихъ страданія, психіатрія даетъ тѣмъ,

кто посвятилъ себя ей, еще и другое. Среди медицинскихъ наукъ психіатрія есть одна изъ молодыхъ наукъ. Много въ ней еще неизслѣдованнаго, и можно быть увѣреннымъ, что человѣкъ съ живымъ пытливымъ умомъ, устойчивый въ пользованіи научными методами изслѣдованія, вооруженный современными знаніями можетъ открыть многое въ высокой степени интересное и важное.

Кромѣ того, психіатрія изо всѣхъ медицинскихъ наукъ наиболѣе близко ставитъ насъ къ вопросамъ философскимъ. Познаніе самого себя, познаніе высшихъ душевныхъ свойствъ человѣка,—было всегда однимъ изъ самыхъ глубокихъ стремленій мыслящихъ людей, а психіатрія даетъ больше другихъ отраслей медицины матеріала для этого. Изученіе душевныхъ проявленій, столь удобное для психіатра, сообщаетъ такое множество свѣдѣній первостепенной важности, что многіе психологи считаютъ необходимымъ для себя подробное ознакомленіе съ нашей наукой; множеству фактовъ она даетъ новое толкованіе, проливаетъ свѣтъ на неясныя стороны душевной жизни. Кромѣ близости къ психологіи психіатрія близка также и къ другой важной наукѣ,—къ наукѣ о человѣкѣ, антропологіи. Явленія вырожденія, многія стороны науки о преступленіяхъ не могутъ быть изучаемы безъ знакомства съ психіатріей.

Это сочетаніе—съ одной стороны удовлетворенія потребности предупреждать и облегчать страданія людей, а съ другой—потребность высшаго познанія, дѣлаетъ нашу науку одной изъ такихъ наукъ, которымъ мыслящіе люди охотно посвящаютъ всю жизнь, не смотря на тягость труда. Человѣкъ, сознательно вступившій на служеніе этой наукѣ, почти никогда не покидаетъ ее; на оборотъ, онъ часто завѣщаетъ служеніе ей своимъ дѣтямъ и другимъ членамъ семьи. Въ спискахъ психіатровъ за послѣднее столѣтіе мы встрѣчаемъ часто повтореніе однихъ и тѣхъ же фамилій; такъ мы знаемъ въ числѣ нихъ семью Пинелей, семью Тьюковъ, отца и сына Фальре, двухъ Гудденовъ, двухъ Вестфалей и много другихъ наслѣдовавшихъ увлеченіе этой наукой отъ своихъ ближайшихъ родныхъ.

Но не однимъ только тѣмъ врачамъ, которые посвятятъ себя ей вполнѣ, психіатрія освѣщаетъ путь. Она можетъ дать многое и врачамъ всякой другой спеціальности. При всякаго рода болѣзняхъ наблюдаются, въ качествѣ сопутствующихъ явленій, симптомы со стороны психической сферы, и умѣнье отличать ихъ и распознавать весьма важно для правильнаго уясненія всего болѣзненнаго процесса. Затѣмъ, психіатрія, давая больше чѣмъ какая нибудь другая изъ медицинскихъ наукъ знанія, касающіяся проявленій душевной жизни, научаетъ врача оцѣнивать

вообще значеніе факторовъ, вліяющихъ на психическую сферу, что въ высшей степени важно при всякаго рода отношеніяхъ къ больному; въ дѣлѣ леченія всякихъ болѣзней психическое вліяніе врача играетъ въ высшей степени важную роль и способность пользоваться психическими факторами въ дѣлѣ леченія составляло всегда одно изъ выдающихся свойствъ знаменитыхъ врачей всѣхъ временъ. Наконецъ, психіатрія, своею близостью къ психологіи и философскимъ наукамъ чрезвычайно способствуетъ повышенію общаго міросозерцанія врача, даетъ болѣе правильное пониманіе важнѣйшихъ проявленій индивидуальной и общественной жизни, повышаетъ просвѣтительное вліяніе врача на окружающую среду. Вѣдь, общественное значеніе врачей, особенно русскихъ, не ограничивается только тѣмъ, что они являются цѣлителями болѣзней и охранителями здоровья. Получивъ не только спеціальное, но и общее образованіе въ высшихъ просвѣтительныхъ учрежденіяхъ Государства, они сами являются распространителями просвѣщенія во множествѣ уголковъ нашего обширнаго отечества, отдавая этимъ хоть часть долга тѣмъ, кому не выпало счастья получить образованія и которые тѣмъ не менѣе снабжали Государство средствами, на которыя учатся болѣе счастливые и на которые содержатся университеты, академіи и клиники. Если справедливо опредѣляющее высокое призваніе врача сравненіе, медика со свѣчей, „которая свѣтитъ, сама сгорая“, то знаніе душевныхъ проявленій, даваемое психіатріей, сообщаетъ этому свѣточу бо́льшую яркость, и устойчивость и необходимую мягкость.

И такъ, предметъ психіатріи составляютъ болѣзненныя разстройства въ психической дѣятельности человѣка вообще и въ частности „душевныя болѣзни“.

Въ обществѣ наиболѣе часто подъ именемъ душевной болѣзни разумѣется или ***помѣшательство*** въ тѣсномъ смыслѣ слова (т. е. состояніе, при которомъ человѣкъ совершенно превратно представляетъ свое отношеніе къ внѣшнему міру и отношеніе различныхъ вещей между собою), или болѣе или менѣе полное *безсмысліе*, сопровождающееся разстройствомъ сознанія своего болѣзненнаго состоянія. Но психіатрія изучаетъ не однѣ только эти формы душевнаго разстройства, а цѣлый рядъ болѣзненныхъ уклоненій въ психической дѣятельности, — уклоненій, проявляющихся то въ видѣ ложнаго пониманія окружающихъ больного явленій, то въ видѣ какихъ-нибудь ненормальныхъ, неправильныхъ влеченій, то въ видѣ немотивированнаго измѣненія настроенія, напримѣръ, чрезмѣрной радости или тоски, не соотвѣтствующей внѣшнему поводу. Нужно къ этому прибавить, что иногда эти уклоненія въ психической

дѣятельности, дѣйствительно, не сознаются самимъ больнымъ, но иногда они имъ сознаются довольно хорошо.

Изучая проявленіе различныхъ болѣзненныхъ уклоненій въ психической сферѣ, психіатрія успѣла выдѣлить изъ цѣлаго ряда этихъ уклоненій отдѣльныя клиническія формы. Подобно тому, какъ при соматическихъ болѣзняхъ извѣстная, постоянно повторяющаяся, совокупность симптомовъ, ихъ послѣдовательная смѣна и анатомическія измѣненія, лежащія въ основѣ болѣзни, даютъ возможность выдѣлить отдѣльныя болѣзненныя формы, точно такъ и при душевныхъ заболѣваніяхъ — по тому, какіе наблюдаются симптомы и въ какомъ порядкѣ они выступаютъ, — мы опредѣляемъ отдѣльныя клиническія формы душевныхъ болѣзней. Такъ, напримѣръ, въ той формѣ, которую называютъ меланхоліей, мы видимъ сочетаніе такихъ признаковъ, какъ мрачное душевное настроеніе, тоска, затрудненный ходъ мышленія, большею частью малоподвижность, обвиненіе самого себя въ разныхъ преступленіяхъ; въ другой клинической формѣ — въ маніи — мы чаще видимъ совершенно обратные признаки: веселое настроеніе, возвышенное представленіе о себѣ, чрезмѣрную подвижность, чрезмѣрный разговоръ и т. п.

Такихъ клиническихъ формъ въ психіатріи довольно много. Какія онѣ именно, какъ онѣ проявляются, каково ихъ теченіе и какъ ихъ нужно лѣчить — это изучается въ томъ отдѣлѣ психіатріи, который называется ***частною патологіей и терапіей душевныхъ болѣзней*** (частною психіатріей). Но для того, чтобы понимать, въ чемъ заключаются особенности каждой отдѣльной формы, нужно знать, въ чемъ ***вообще*** могутъ проявляться душевныя болѣзни, какова ихъ симптоматологія вообще. Для того, чтобы сдѣлать опредѣленіе, какою формой болѣзни страдаетъ данный душевно-больной, нужно знать прежде всего, какое проявленіе душевной жизни есть здоровое явленіе и какое — болѣзненное. Изученіемъ этихъ общихъ признаковъ душевнаго разстройства и условій появленій болѣзненныхъ симптомовъ со стороны душевной дѣятельности вообще занимается общая часть психіатріи или общая психопатологія.

Съ нея мы и начнемъ. Тутъ намъ придется говорить объ ***уклоненіяхъ*** въ проявленіи психической дѣятельности. Но такъ какъ психическая дѣятельность проявляется въ явленіяхъ совершенно особаго рода, которыя рѣзко отличаются отъ чисто-физіологическихъ явленій, то нужно предварительно, хотя вкратцѣ, познакомиться съ общими законами нормальной психической дѣятельности человѣка и съ тѣми терминами, которые употребляются въ наукѣ о душевной жизни, т.-е. въ психологіи.

Элементарныя свѣдѣнія по психологіи [1]).

Въ чемъ проявляется душевная или психическая жизнь человѣка?

Въ томъ, что онъ воспринимаетъ впечатлѣнія внѣшняго міра, сознаетъ ихъ, мыслитъ, чувствуетъ, испытываетъ желанія и дѣйствуетъ, приспособляясь къ обстоятельствамъ. Что значатъ всѣ эти термины? Какъ это „человѣкъ мыслитъ“, какъ онъ „чувствуетъ“, какъ онъ „дѣйствуетъ“?—вотъ всѣ эти вопросы и старается рѣшить психологія. Для бóльшаго удобства изученія различныхъ явленій душевной жизни обыкновенно раздѣляютъ ее на три сферы: 1) сферу интеллектуальную, 2) сферу чувства и 3) сферу воли и дѣйствія.

Сфера интеллектуальная или умственная.

Сфера интеллектуальная или умственная охватываетъ тѣ психическія явленія, которыя служатъ для того, чтобы человѣкъ узнавалъ явленія внѣшняго и внутренняго міра и понималъ ихъ.

Какъ это происходитъ? Каковъ механизмъ этого познаванія?

Источникомъ познанія человѣка является ***ощущеніе***. Явленія внѣш-

---

[1]) Изъ имѣющихся на русскомъ языкѣ справочныхъ книгъ по психологіи, могу указать на слѣдующія:

Карпентеръ, „Основанія физіологіи ума“. 1877—1886

Вундтъ, „Основанія физіологической психологіи“ Москва, 1880

„ „Лекціи о душѣ человѣка и животныхъ“ С.-Пб., 1894 Очеркъ психологіи Москва, 1897 г

Циенъ, „Физіологическая психологія“ С.-Пб., 1893.

Гефдингъ, „Очерки психологіи“ Москва, 1892.

Джемсъ, „Психологія“, 1896.

Лотце, „Основанія психологіи“, 1885

Тичинеръ, „Очеркъ психологіи“, С.-Пб. 1898

Смирновъ, „Психологія“.

няго міра дѣйствуютъ на наши органы чувствъ и черезъ нихъ вызываютъ въ нервной системѣ возбужденія, которыя воспринимаются въ психическихъ центрахъ, какъ ощущеніе.

Какимъ именно образомъ впечатлѣніе становится ощущеніемъ, мы этого не знаемъ,—мы можемъ сказать только, что въ головномъ мозгу есть особенныя условія, благодаря которымъ это происходитъ, т.-е. благодаря которымъ къ простымъ явленіямъ нервнаго возбужденія присоединяется элементъ психическій, ***субъективный***—чувствованіе.

Мы знаемъ, что человѣкъ обладаетъ способностью воспринимать громадное множество ощущеній; уже не говоря о томъ, что каждый отдѣльный органъ чувства даетъ отдѣльную категорію ощущеній, но и ощущенія одного и того же спеціальнаго чувства весьма многочисленны, такъ какъ различаются между собою ***по интенсивности*** (сильныя, слабыя ощущенія), ***по качеству*** (красное, сладкое, горькое и пр.), по положенію въ пространствѣ или ***протяженности (локализаціи)*** и по тому чувственному тону, которымъ сопровождаются (пріятныя, непріятныя); нѣкоторые психологи прибавляютъ къ этому еще различеніе ощущеній по ***продолжительности.*** Чувствительность человѣка крайне тонка (примѣровъ этому физіологія органовъ чувствъ даетъ очень много), и поэтому онъ получаетъ различающіяся между собою ощущенія отъ такихъ раздраженій, которыя крайне мало различаются между собою по своей интенсивности.

Въ то же время необходимо признать, что ощущенія не исчезаютъ тотчасъ послѣ возникновенія, а остаются въ видѣ какого-то слѣда, т.-е. ***помнятся***, вслѣдствіе чего и является возможность сравнивать ощущенія, полученныя въ разныя времена, между собою и дѣлать между ними различіе или дѣлать заключеніе объ ихъ сходствѣ.

Благодаря этому, ощущенія являются элементарными явленіями, которыя служатъ для развитія содержанія душевной жизни, и органы чувствъ являются органами, черезъ которые мы имѣемъ возможность познавать міръ. Это есть фактъ, считаемый реальною философіей за основной. И дѣйствительно, мы видимъ, что человѣкъ, лишенный какого-нибудь органа чувствъ отъ рожденія, не можетъ представлять себѣ міра такъ, какъ нормальный человѣкъ. Напримѣръ, слѣпорожденный, не имѣвшій никогда зрительныхъ ощущеній, не можетъ и представить себѣ ничего зрительнаго, какъ напримѣръ, цвѣтъ, блескъ и т. п. Только ощущенія даютъ возможность ***представить*** себѣ внѣшній и внутренній міръ.

Какимъ образомъ это происходитъ?—Это происходитъ благодаря тому, что въ органѣ психической жизни есть условія, благопріятствующія развитію изъ ощущеній такъ называемыхъ ***представленій.***

Что такое представленіе? Сейчасъ я это объясню.

Если на мой глазъ подѣйствовалъ рядъ лучей, принадлежащихъ къ той части спектра, которая соотвѣтствуетъ красному цвѣту, то я получаю ощущеніе краснаго цвѣта. Какими словами я это выражу? — Я скажу: я увидалъ *нѣчто* красное; я не скажу, что я получилъ ощущеніе, а скажу, что я увидалъ что-то внѣшнее, какой-то предметъ, внѣ меня находящійся, окрашенный въ красный цвѣтъ.

Что это значитъ? — Это значитъ, что, получивъ какое-нибудь ощущеніе, человѣкъ переноситъ, проецируетъ воспринятое имъ впечатлѣніе во внѣшній міръ и заключаетъ поэтому о томъ, что на него подѣйствовалъ тотъ или другой предметъ. Это значитъ, что человѣкъ обладаетъ способностью проецировать во внѣшній міръ то, что онъ испытываетъ. Эта способность, или лучше сказать, свойство психическихъ центровъ человѣка и ложится въ основу того, что онъ считаетъ свои ощущенія исходящими отъ явленій внѣшняго міра и создаетъ себѣ образы тѣхъ предметовъ, которые вызываютъ въ немъ различныя ощущенія. Образы предметовъ въ человѣческой душѣ и суть представленія.

Какимъ образомъ они образуются? — Повидимому, уже въ простомъ ощущеніи есть свойство быть относимымъ во внѣшній міръ, чѣмъ и различаются ощущенія по локализаціи, а изъ этого элементарнаго свойства ощущеній путемъ дальнѣйшаго развитія и сочетанія ощущеній между собою и развиваются представленія: если отъ одного и того же источника человѣкъ получаетъ нѣсколько различныхъ ощущеній и это повторяется много разъ, то въ его душѣ образуется заключеніе, что есть нѣчто во внѣшнемъ мірѣ, что должно давать такую-то комбинацію ощущеній. Такъ, наприм., ребенокъ видитъ колоколъ и слышитъ его звукъ. У него зрительное ощущеніе соединяется со звуковымъ, и изъ сочетанія ихъ является представленіе о колоколѣ. Такимъ образомъ, благодаря комбинаціи ощущеній, изъ которыхъ одни сходны, а другія различны, внѣшній міръ населяется образами (представленіями), соотвѣтствующими различнымъ предметамъ. Нужно прибавить, что эти представленія, благодаря особымъ условіямъ мозговой организаціи, сочетаются съ опредѣленными ***звуками рѣчи***, чѣмъ и кладется основа дальнѣйшему развитію человѣческаго языка.

Когда такимъ образомъ явился цѣлый рядъ представленій, то благодаря этому, какъ только на человѣка подѣйствуетъ какое-нибудь ощущеніе, онъ сейчасъ-же сочетаетъ это ощущеніе съ какимъ-нибудь существующимъ у него представленіемъ.

Благодаря увеличенію и разнообразію впечатлѣній, количество пред-

ставлени, вмѣстѣ съ развитіемъ человѣка, увеличивается; являются представленія разныхъ категорій. Такъ, являются элементарныя представленія, наприм., красное, синее и т. п. Другія представленія — болѣе сложныя; они состоятъ изъ совокупности многихъ представленій. Одни представленія суть конкретныя представленія, соотвѣтствующія опредѣленному, подѣйствовавшему на насъ предмету; другія—общія, которыя образовались изъ конкретныхъ путемъ выдѣленія общихъ признаковъ. Между представленіями нужно отличить представленія времени и пространства, которыя по особому свойству души комбинируются почти со всѣми другими представленіями. Въ этомъ всякій можетъ убѣдиться, сдѣлавши попытку представить себѣ что-либо внѣ пространства и внѣ времени. Оказывается, что лишь сравнительно небольшое количество представленій—и то съ натяжкою—мыслятся безъ пространственныхъ отношеній и, повидимому, нѣтъ ни одного представленія, которое было бы мыслимо безъ отношенія ко времени.

Кромѣ представленій времени и пространства громадное значеніе для душевной жизни имѣютъ представленія, тѣсно связанныя съ ощущеніями, исходящими изъ нашего собственнаго тѣла, *(эндогенными ощущеніями)* и сопровождающими физіологическіе процессы, совершающіеся въ нашемъ организмѣ. Эти представленія въ своей комбинаціи образуютъ группу представленій, обозначаемыхъ словомъ „я“, и соотвѣтствующихъ тому, что мы сознаемъ въ себѣ, какъ нашу собственную личность.

Итакъ, представленія соотвѣтствуютъ образамъ предметовъ. Они образуются изъ ощущеній всѣхъ органовъ чувствъ — изъ зрительныхъ, звуковыхъ, осязательныхъ, обонятельныхъ, вкусовыхъ, изъ ощущеній общаго чувства и того сложнаго чувства, которое называется мускульнымъ чувствомъ. Нужно однако отмѣтить, что, благодаря особенной тонкости *нѣкоторыхъ органовъ* чувствъ, именно органа зрѣнія и слуха, изъ ощущеній, соотвѣтствующихъ этимъ чувствамъ, развивается главная часть представленій, составляющихъ запасъ душевной жизни человѣка.

Прибавимъ къ этому, что и представленія, подобно ощущеніямъ, разъ образовавшись, оставляютъ свой слѣдъ, т. е. *запоминаются* и, поэтому, могутъ вступать между собой въ различныя сочетанія, сравниваться и различаться. Благодаря этому, является возможность къ образованію новаго элемента душевной жизни, такъ-называемаго понятія.

Понятія образуются изъ представленій, благодаря комбинаціи этихъ послѣднихъ. Когда я увижу нѣсколько разъ одинъ и тотъ же предметъ и знаю, съ какими другими предметами этотъ предметъ находится въ соотношеніи, я имѣю не только *образъ* этого предмета въ своей душѣ,

но и начинаю *понимать его значенiе*,—понимать, что составляетъ основной признакъ этого предмета; съ даннымъ представленiемъ сочетается представленiе о смыслѣ, лежащемъ въ основѣ различiя предмета, соотвѣтствующаго этому представленiю, отъ другого, о его значенiи и цѣли; это и называется понятiемъ. Наприм., я вижу знакомаго, я называю его по имени и говорю, что это—человѣкъ. „Человѣкъ" есть въ одно и то же время и представленiе, и понятiе; онъ есть понятiе, если я подъ этимъ разумѣю не одинъ образъ человѣка, а основные признаки человѣческаго существа.

Понятiя еще болѣе, чѣмъ представленiя, входятъ въ сочетанiе съ звуками рѣчи. Членораздѣльные звуки человѣческой рѣчи, т.-е. слова, большею частью соотвѣтствуютъ тому или другому понятiю.

Представленiя и понятiя образуютъ запасъ матерiала для умственной дѣятельности. Этотъ матерiалъ комбинируется различнымъ образомъ, а въ этой комбинацiи и заключается умственная жизнь. Самая простѣйшая комбинацiя есть *сужденiе*. Когда я вижу какой-нибудь предметъ, наприм., столъ, и называю его по имени, говоря: „это—столъ", то я дѣлаю сужденiе. Изъ сужденiй слагаются *умозаключенiя*, благодаря которымъ является возможность дѣлать выводы и получать идеи. „Петръ—человѣкъ, а всѣ люди смертны, слѣдовательно и Петръ смертенъ",—вотъ образецъ умозаключенiя. Изъ цѣлаго ряда умозаключенiй, соединенныхъ въ извѣстномъ порядкѣ, служащемъ для разъясненiя чего-либо, состоитъ *актъ мышленiя*. Мышленiе, слѣдовательно, есть цѣлесообразный рядъ умозаключенiй, необходимый для сознательнаго познанiя. Отдѣльныя, болѣе или менѣе самостоятельныя части акта мышленiя называются мыслями.

Такимъ образомъ, матерiаломъ для умственной дѣятельности служатъ ощущенiя, представленiя и понятiя. Но для того, чтобы они могли быть матерiаломъ для умственной дѣятельности, необходимо, чтобы ощущенiя, представленiя и понятiя не исчезали изъ души, а сохранялись въ видѣ запаса. На самомъ дѣлѣ такъ и происходитъ. Все то, что было въ душѣ хоть разъ,—не исчезаетъ, а оставляетъ свой слѣдъ болѣе или менѣе надолго. Каждый изъ насъ знаетъ, что образы, видѣнные нами, впечатлѣнiя, нами воспринятыя, не исчезаютъ тотчасъ же послѣ своего возникновенiя, а остаются болѣе или менѣе долгое время. Увидавъ какой-нибудь предметъ, человѣкъ долго хранитъ въ себѣ образъ этого предмета. Это обусловливается тѣмъ, что человѣкъ (точно такъ-же какъ и очень многiя животныя) обладаетъ *памятью*. Благодаря памяти, то, что образуется въ психикѣ человѣка, не исчезаетъ, а сохраняется въ видѣ запаса. Всѣ бывшiя впечатлѣнiя, ощущенiя и представленiя,

возникшія изъ ощущеній (воспріятія)—не исчезаютъ, а хранятся въ видѣ какихъ-то слѣдовъ, которые по мѣрѣ надобности возстановляются, и тогда соотвѣтствующіе имъ образы вновь появляются въ сознаніи.

Каждый на себѣ можетъ убѣдиться, что съ этимъ явленіемъ мы постоянно имѣемъ дѣло: почти постоянно въ нашемъ сознаніи возникаютъ представленія, образовавшіяся очень давно; эти представленія, возстановленныя изъ запаса, называются ***образами воспоминанія*** (репродукціями) въ отличіе отъ воспріятій, т.-е. такихъ представленій, которыя образуются тотчасъ же вслѣдъ за дѣйствіемъ стимуловъ на органы чувствъ, т.-е. вслѣдъ за ощущеніями. Конечно, воспріятія, какъ соединенныя съ непосредственнымъ возбужденіемъ органовъ чувствъ, всегда ярче, чѣмъ репродукціи; но и репродукціи бываютъ иногда чрезвычайно ярки. Особенно ярки такъ называемыя репродукціи воображенія, но еще ярче тѣ репродукціи, которыя бываютъ очень часто у душевно-больныхъ и носятъ названіе галлюцинацій. Благодаря памяти, возстановляются и понятія. Понятія, возникшія путемъ репродукціи носятъ часто названіе ***идей***.

Что такое сама по себѣ память, это въ высшей степени трудно объяснить. Повидимому, она обусловливается тѣмъ, что нервные элементы вообще, а нервныя клѣтки коры полушарій головного мозга въ особенности, обладаютъ способностью ***сохранять*** въ себѣ остатки своего дѣятельнаго состоянія; ихъ дѣятельность не прекращается послѣ удаленія стимула, а продолжается болѣе или менѣе долгое время.

Это свойство нервныхъ элементовъ сохранять впечатлѣнія можно сравнить съ фосфоресценціей, благодаря которой нѣкоторыя тѣла сохраняютъ способность свѣтиться долго спустя послѣ того, какъ на нихъ подѣйствовалъ свѣтъ. Такъ и нервные элементы: воспринявъ впечатлѣніе, они продолжаютъ его сохранять, хотя въ болѣе слабой степени, надолго въ видѣ слѣда. До поры до времени этотъ слѣдъ сохраняется въ скрытомъ видѣ, т.-е. въ такой слабой степени, что мы его не сознаемъ, но при благопріятныхъ условіяхъ, подъ вліяніемъ особыхъ процессовъ, связанныхъ съ дѣятельностью элементовъ нервныхъ центровъ, онъ усиливается, причемъ и возстановляются въ сознаніи старыя впечатлѣнія.

Взглядъ на сохраненіе впечатлѣній, какъ на продолжающееся возбужденіе, т. е. на ***продолжающееся, хотя и въ минимальной степени, дѣятельное состояніе*** нервныхъ элементовъ, выведенныхъ изъ состоянія покоя, раздѣляется далеко не всѣми. Очень многіе изъ психологовъ, какъ **Ribot**, посвятившій изученію явленій памяти прекрасную

книгу [1]), объясняетъ память другимъ образомъ, именно тѣмъ, что послѣ разъ возникшаго дѣятельнаго состоянія въ соотвѣтствующихъ нервныхъ элементахъ происходятъ измѣненія ихъ строенія, которыя и обусловливаютъ то, что эти элементы при благопріятныхъ условіяхъ легче придутъ въ возбужденное состояніе, чѣмъ другіе, не бывшіе еще въ состояніи дѣятельности. Эти измѣненія стаціонарны и обусловливаютъ то, что можетъ быть названо ***физіологическимъ расположеніемъ нервнаго элемента къ воспроизведенію прежняго, бывшаго раньше, дѣятельнаго состоянія.*** Въ этомъ физіологическомъ расположеніи и заключается субстратъ того, что называлось прежде „слѣдомъ", оставляемымъ подѣйствовавшимъ на насъ впечатлѣніемъ.

Какое изъ этихъ двухъ воззрѣній на сущность памяти справедливо,—рѣшить въ настоящее время невозможно, но разница въ этихъ воззрѣніяхъ ведетъ къ весьма значительной разницѣ въ воззрѣніи на психическую личность во всей ея полнотѣ. Въ самомъ дѣлѣ, при взглядѣ на память какъ на непрерывное продолженіе дѣятельнаго состоянія, въ которое приведены нервные элементы, является логическимъ послѣдствіемъ представленіе о томъ, что въ нашей психикѣ постоянно продолжаютъ дѣйствительно жить, хотя и въ минимальной степени, тѣ впечатлѣнія, которыя мы когда либо получили; они не только хранятся въ нашей душѣ, но и живутъ въ ней и въ каждый данный моментъ въ насъ дѣйствуетъ, такъ сказать, „звучитъ" все нами пережитое, чѣмъ и обусловливаются проявленія нашей личности, какъ результатъ всего пережитого опыта. Воззрѣніе же на память какъ на сохраненіе лишь физіологическаго расположенія къ повторенію возбужденія отъ вліянія прошлыхъ впечатлѣній является гораздо болѣе случайнымъ и не объясняетъ въ такой мѣрѣ всѣ явленія, относящіяся къ ученію о личности.

Представленія, возникшія изъ слѣдовъ памяти, называются, какъ сказано, ***репродукціями*** или возстановленными представленіями. Репродукціи суть, слѣдовательно, всегда представленія, существующія благодаря памяти; иногда возстановленіе представленія сочетается съ особымъ ощущеніемъ тождественности возстановляемаго съ тѣмъ впечатлѣніемъ, которое было источникомъ этого представленія; тогда оно называется воспоминаніемъ. Напримѣръ, если я возстановлю въ своемъ сознаніи, при какихъ обстоятельствахъ я былъ въ Петербургѣ, то тождество возстановляемаго съ дѣйствительностью и будетъ называться воспоминаніемъ.

[1]) Les maladies de la mémoire — Болѣзни памяти. Русскій переводъ Черем-

Если я постараюсь возстановляемому образу придать оттѣнокъ какъ бы теперь существующаго впечатлѣнія, то это будетъ воображеніе. При воображеніи я могу возстановлять прежнія впечатлѣнія и не въ томъ видѣ, какъ они были получены. Напримѣръ, я никогда не бывалъ въ Египтѣ, но могу представить себѣ на основаніи описаній и рисунковъ, мною видѣнныхъ и египетскія пирамиды, и сфинкса. Это будетъ актъ воображенія; мало этого, я могу представить себѣ какое нибудь никогда небывалое событіе среди этой обстановки и составить такимъ образомъ фантастическую картину. Это будетъ творческая дѣятельность ***фантазіи***, которая и состоитъ главнымъ образомъ въ своеобразномъ сочетаніи репродукцій съ тѣмъ оттѣнкомъ, который носятъ „образы воображенія“.

Итакъ, въ нервномъ аппаратѣ, служащемъ органомъ психической дѣятельности, должны существовать условія для сохраненія впечатлѣній, т. е. ***для продленія своего дѣятельнаго состоянія*** на болѣе долгое время, чѣмъ дѣйствовало самое возбужденіе. Чѣмъ это обусловливается, трудно объяснить, но нужно отмѣтить, что свойство сохранять дѣятельное состояніе дольше того, чѣмъ дѣйствуетъ самое возбужденіе, есть основное свойство живой протоплазмы; нервнымъ же элементамъ это свойство принадлежитъ въ особенности и особенно нервнымъ клѣткамъ коры полушарій головного мозга. Этимъ и объясняется необыкновенная точность и крѣпость памяти человѣка, доказываемая множествомъ наблюденій. Цѣлый рядъ извѣстныхъ ученыхъ обладали замѣчательною памятью, настолько большою, что они могли наизусть дословно повторять одинъ разъ прочтенную книгу. Объ историкѣ Нибурѣ разсказываютъ, что онъ въ молодости, когда служилъ въ одномъ торговомъ предпріятіи, возстановилъ исключительно по памяти потерянную бухгалтерскую книгу. Точно также знаменитый математикъ Эйлеръ, подъ конецъ жизни ослѣпшій, могъ повторять наизусть всю Энеиду и даже помнилъ первую и послѣднюю строки на любой страницѣ того изданія, которое онъ читалъ до потери зрѣнія. Одинъ знаменитый фокусникъ, о которомъ упоминаетъ Карпентеръ, пріобрѣлъ способность, проходя по библіотекѣ и окинувъ взглядомъ полки съ книгами, запомнить очень точно расположеніе книгъ и затѣмъ разсказывать, какая книга стоитъ на одной полкѣ, какая — на другой, какія книги находятся по сосѣдству и т. п. Такихъ примѣровъ существуетъ очень много и они доказываютъ, что съ одной стороны крѣпость памяти у человѣка весьма велика, а съ другой, что способность пользоваться этой крѣпостью въ значительной степени зависитъ отъ спеціальнаго упражненія и развитія.

Кромѣ памяти, для интеллектуальной дѣятельности необходимо еще одно условіе, именно необходимо, чтобы впечатлѣнія и образовавшіяся изъ нихъ представленія могли входить между собой въ какія нибудь соотношенія, могли сочетаться между собои въ извѣстномъ порядкѣ. Только при возможности сочетанія въ извѣстномъ порядкѣ, въ порядкѣ преслѣдующимъ, такъ сказать, цѣль разумности, и возможно сочетаніе ощущеній для образованія образовъ предметовъ и понятій. Наблюдая за самимъ собою, мы постоянно убѣждаемся въ существованіи сочетанія душевныхъ явленій въ извѣстномъ порядкѣ.

Когда мы думаемъ о чемъ нибудь, то мы ясно можемъ наблюдать, что мысли наши идутъ не безсвязно, что одно представленіе смѣняетъ другое по какой-нибудь связи. Каждый, вѣроятно, замѣчалъ, что впечатлѣніе какой-нибудь одной вещи вызываетъ въ насъ воспоминаніе о другой. Увидавъ портретъ, я вспоминаю того человѣка, съ котораго онъ снятъ; а вспомнивъ это лицо, вспомню обстоятельства, при которыхъ я это лицо видалъ,—получится цѣпь воспоминаній, болѣе или менѣе послѣдовательныхъ. Послѣдовательность эта будетъ обусловливаться тѣмъ, что называется *ассоціаціею идей*.

Благодаря существованію ассоціаціи идей, одно представленіе вызываетъ вслѣдъ за собою другое, это—третье и т. д. Почему одно представленіе вызываетъ именно то, которое оно вызвало, а не другое,—это обусловливается законами ассоціаціи идей. Эти законы можно формулировать такъ: одно представленіе вызываетъ другое потому, что у нихъ есть какіе-нибудь *общіе признаки*; такіе общіе признаки заключаются, напримѣръ, въ сходствѣ. Въ свою очередь сходство можетъ быть внѣшнее или сходство по внутреннему смыслу. Такъ, портретъ вызвалъ во мнѣ воспоминаніе объ оригиналѣ по внѣшнему свойству, а слово „полководецъ" вызвало воспоминание о Суворовѣ—по внутреннему. Кромѣ того, одно представленіе можетъ вызывать другое потому, что они получились одновременно или въ одномъ и томъ же мѣстѣ. Напримѣръ, я увидалъ человѣка и услышалъ его рѣчь; вспомнивъ объ рѣчи, я вспомню и того, кто ее сказалъ. Такимъ образомъ различаются „ассоціаціи по сходству", „ассоціаціи по смежности" и „логическія ассоціаціи," т. е., ассоціаціи по смыслу.

Благодаря тому, что каждое представленіе не съ однимъ, а со многими другими представленіями имѣетъ нѣкоторые общіе признаки, нельзя въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ предвидѣть, по какому направленію пойдетъ послѣдовательная смѣна представленій; но несомнѣнно одно, что она должна идти по закону ассоціаціи, т. е. что послѣдующее представленіе должно имѣть что нибудь *общее* съ предыдущимъ.

При этомъ нужно отмѣтить, что свойства умственной дѣятельности даннаго индивидуума часто зависятъ именно отъ того, по какимъ общимъ признакамъ больше всего сочетаются у этого человѣка представленія между собой: такъ у людей интеллигентныхъ преобладаютъ сочетанія по смыслу, логическія сочетанія, у мало-интеллигентныхъ наоборотъ—ассоціаціи по внѣшнему сходству, по смежности или одновременности.

Таковы основные факты, относящіеся къ умственной (интеллектуальной) сферѣ души человѣка.

Мы, врачи, говоря о какой нибудь функціи, ставимъ себѣ задачею представить себѣ и ***механизмъ*** этой функціи. Само собою разумѣется, что эту задачу ставятъ и относительно умственной дѣятельности, но нужно признаться, что пока она еще не рѣшена. Существуютъ только гипотезы, существуетъ болѣе или менѣе объясняющая схема душевной дѣятельности, но и только. Тѣмъ не менѣе познакомиться съ этой схемой необходимо.

Прежде всего является вопросъ: какая часть организма имѣетъ ближайшее отношеніе къ душевной и, въ частности, къ интеллектуальной дѣятельности, какой органъ есть органъ психическихъ функцій?

Многочисленныя данныя указываютъ, что органомъ психическихъ функцій нужно считать головной мозгъ и главнымъ образомъ его полушарія; въ полушаріяхъ же наиболѣе тѣсное отношеніе къ психической дѣятельности имѣетъ, повидимому, та часть, которая носитъ названіе мозговой покрышки и которая состоитъ частью изъ бѣлаго вещества, частью изъ сѣраго вещества, покрывающаго поверхность полушарій (кора большого мозга).

Мнѣніе, что головной мозгъ имѣетъ отношеніе къ психической дѣятельности, существуетъ давно. Правда, сначала считали, что главное отношеніе къ психической дѣятельности имѣетъ кровь, но уже древніе натуралисты, видя, что мозгъ составляетъ органъ, къ которому подходятъ (непосредственно или чрезъ спинной мозгъ) всѣ нервы, считали головной мозгъ за главный центръ чувствованія (sensorium commune). Дальнѣйшія наблюденія все болѣе и болѣе подтверждали это значеніе головного мозга и точнѣе опредѣляли отношеніе различныхъ его отдѣловъ къ психической функціи.

Спрашивается, на чемъ основывается современный взглядъ на отношеніе головного мозга къ душевной дѣятельности?

1) Въ пользу этого отношенія говорятъ сравнительно-анатомическія изслѣдованія, которыя доказываютъ, что развитіе головного

мозга вообще, а въ частности его покрышки, находится въ извѣстномъ соотношеніи со степенью развитія интеллекта у животныхъ. Здѣсь, конечно, имѣетъ значеніе не абсолютный вѣсъ головного мозга, а его отношеніе къ вѣсу всего тѣла или къ нѣкоторымъ другимъ отдѣламъ нервной системы, какъ, наприм., къ вѣсу спинного мозга. Абсолютный вѣсъ головного мозга человѣка равенъ въ среднемъ 1360 граммамъ, а вѣсъ мозга слона—4600 граммамъ, вѣсъ мозга кита—2800 грам.; но всетаки вѣсъ мозга человѣка и абсолютно болѣе вѣса мозга такихъ большихъ животныхъ, какъ лошадь (650 грам.), быкъ (500 грам.), горилла (400 граммъ). Сравнивая отношеніе головного мозга къ вѣсу всего тѣла, мы также можемъ убѣдиться, что въ общемъ мозгъ человѣка вѣситъ болѣе, чѣмъ мозгъ другихъ животныхъ и что вообще отношеніе вѣса головного мозга къ вѣсу тѣла *въ общемъ* тѣмъ больше, чѣмъ интеллигентнѣе данный видъ животнаго. Это однако только въ общемъ, потому что, наприм., вѣсъ мозга слона относится къ вѣсу его тѣла какъ 1:500, тогда какъ мозгъ овцы относится къ вѣсу ея тѣла какъ 1:351; а мозгъ мыши къ вѣсу ея тѣла какъ 1:43, вѣсъ же мозга воробья къ вѣсу его тѣла=$^1/_{23}$, а вѣсъ мозга шимпанзе къ вѣсу ея тѣла=$^1/_{20}$. Но несмотря на такія исключенія, находящіяся въ зависимости отъ размѣровъ животныхъ, вообще нужно считать, что чѣмъ животное стоитъ выше по своему интеллекту, тѣмъ мозгъ его относительно больше. Такъ вѣсъ мозга взрослаго человѣка относится къ вѣсу его тѣла, въ среднемъ, какъ 1:40, вѣсъ мозга гиббона какъ 1:48, пастушеской собаки—1:94, быка—какъ 1:750.

Еще болѣе замѣтно преобладаніе развитія головного мозга соотвѣтственно развитію интеллекта, если по указанію пр. Л. О. Даркшевича мы будемъ сравнивать не отношеніе вѣса головного мозга ко всему тѣлу, а къ спинному мозгу. Цифры, полученныя пр. Даркшевичемъ таковы: [1]).

Отношеніе вѣса головного мозга къ вѣсу спинного:

У черепахи	1,0
„ вьюна	1,0
„ пѣтуха	1,5
„ голубя.	2,5
„ овцы	2,5
„ быка	2,5
„ лошади	2,5

[1]) Л. О Даркшевичъ. Объ интеллектуальной сферѣ женщины. Вопросы философіи и Психологіи. 1895

У рыси	3,0
„ кошки	3,0
„ собаки	5,0
„ тюленя	5,0
„ крота	6,5
„ ежа	7,0
„ мандрила	11,0
„ человѣка	49,0;

(по Бишофу это отношеніе для мужчинъ = 49.4, для женщинъ 49.3 По мнѣнію проф. Даркшевича для слона это отношеніе не можетъ превышать 18.0, для кита—10,0, для шимпанзе—15,0.

Взвѣшиваніе отдѣльныхъ частей головного мозга приводитъ къ тому же результату: если опредѣлить отдѣльно вѣсъ мозгового покрова и остальныхъ частей головного мозга, то оказывается, что отношеніе вѣса мозгового покрова къ остальнымъ частямъ у человѣка, и обезьяны значительно больше, чѣмъ у другихъ животныхъ, а у человѣка больше, чѣмъ у обезьяны. При этомъ не мѣшаетъ отмѣтить, что изо всѣхъ частей мозгового покрова наибольшій приростъ въ вѣсѣ у человѣка касается лобныхъ долей: относительный вѣсъ ихъ (по отношенію къ другимъ отдѣламъ мозга) значительно выше у человѣка, чѣмъ у обезьяны, у обезьяны болѣе, чѣмъ у собаки, и т. далѣе.

Такъ по изслѣдованіямъ Мейнерта приблизительное отношеніе вѣса мозгового покрова къ другимъ частямъ мозга у человѣка и различныхъ животныхъ такое (при разсчетѣ на 1000 общей массы мозга):

У взрослаго человѣка . . .	780 : 220
„ обезьяны	708 : 292
„ слона	630 : 370
„ лошади	696 : 202
„ тюленя	673 : 227
„ медвѣдя	644 : 356
„ собаки	728 : 232
„ свиньи	615 : 385
„ кошки	614 : 386

Отношеніе вѣса отдѣльныхъ долей полушарій между собою таково:

	Лобная доля.	Теменная.	Затыл.-височн.
У человѣка. . . .	420.	230.	350.
„ обезьяны	394.	256.	349.
„ медвѣдя	300.	255.	444.
„ собаки.	328.	379.	290.

2) Въ пользу отношенія полушарій головного мозга къ интеллектуальной дѣятельности говорятъ прямые опыты удаленія мозговыхъ полушарій и ихъ частей.[1]).

Полное удаленіе полушарій удается далеко не у всѣхъ животныхъ: взрослыя собаки почти не выносятъ этой операціи, но птицы, лягушки, кролики и морскія свинки выносятъ. Лишеніе полушарій у птицъ доказываетъ, что у нихъ существуютъ въ среднихъ отдѣлахъ головного мозга аппараты, необходимые для зрѣнія и другихъ чувствъ, а также для правильнаго передвиженія и управленія движеніями, такъ что и лишенныя полушарій птицы могутъ видѣть и передвигаться. Однако несомнѣнно, что удаленіе гемисферъ сопровождается у нихъ ясными признаками уменьшенія произвольныхъ движеній и осмысленнаго чувствованія; курица, вынесшая операцію, теряетъ умъ: она не можетъ найтись въ затруднительныхъ положеніяхъ, апатична, движенія ея безцѣльны, неосмыслены. Самцы голубей не обращаютъ вниманія на находящуюся рядомъ самку; самка не обращаетъ вниманія на птенцовъ, которые кричатъ около нея; у лишенныхъ полушарій птицъ нѣтъ ни страха, ни симпатій; пищу сами онѣ отыскивать не могутъ. Въ 1890 году профессоръ Гольцу въ Страсбургѣ удалось достигнуть почти полнаго удаленія полушарій у собаки и наблюдать ее въ такомъ состояніи около года. Эти наблюденія привели къ заключенію, что собака сохранила зрѣніе, слухъ, вкусъ, тактильное чувство. Она пробуждалась отъ толчковъ и рѣзкаго звука—правда нужны были для этого рѣзкіе звуки,—она могла ходить довольно хорошо, (отклоняясь нѣсколько въ одну сторону), поднимаясь, падала; испражняясь, принимала обычную позу собакъ, ѣла почти какъ другія собаки, при раздраженіи кусалась. Но она была совершенно лишена ума: глаза ея были безъ выраженія, не выражали испуга при угрозахъ, точно она ихъ не понимала; она не реагировала на ласку, не обнаруживала радости, столь обычной для собакъ, она не могла сама отыскивать пищу; половой инстинктъ повидимому совершенно отсутствовалъ.

Это была единственная взрослая собака, у которой достигнуто было съ сохраненіемъ на долго жизни почти полное удаленіе полушарій. Въ большинствѣ же случаевъ у собакъ, какъ и у другихъ высшихъ животныхъ, удается операція удаленія лишь отдѣльныхъ частей полу-

---

[1]) Кромѣ спеціальныхъ статей можно найти относящіяся сюда свѣдѣнія у И. М. Сѣченова: Физіологія нервныхъ центровъ. 1891 г., а также въ издаваемомъ Ch. Richet Dictionnaire de Physiologie Tome II, Cerveau

шарій, именно тѣхъ или другихъ долей. Опыты такого рода привели къ заключенію, что удаленіе лобныхъ долей специально вліяетъ на ослабленіе умственныхъ способностей (Гитцигъ, Гольцъ). При этомъ почти всѣми опытами, особенно же опытами Гольца, установлено, что у собаки способность замѣщенія функціи удаленныхъ частей мозга функціею оставшихся частей мозга очень велика, вслѣдствіе чего очень часто явленія, развившіяся непосредственно послѣ операціи удаленія какой нибудь части мозга, съ теченіемъ времени сглаживаются.

Тѣмъ не менѣе и опытами Гольца установлено, что вѣроятно заднія доли полушарій имѣютъ по отношенію къ психическимъ отправленіямъ нѣсколько иное значеніе, чѣмъ переднія. Такъ при удаленіи обѣихъ переднихъ долей (т. е. лобныхъ) у собаки теряется *умѣнье* производить дѣйствія, при удаленіи же заднихъ—разстраивается способность *узнаванія*. При отнятіи переднихъ долей съ обѣихъ сторонъ собака, наприм., не умѣетъ держать кость лапами, не умѣетъ подавать лапу; она не умѣетъ найтись въ затруднительныхъ положеніяхъ, вяла, тупа. При этомъ у нея остается привязанность, способность узнавать время, половая похоть, сторожливость, злость; она слышитъ, видитъ и обоняетъ. При удаленіи обѣихъ заднихъ половинъ полушарій собака сохраняетъ способность держать кость лапами; умѣнья у нея вообще больше, но она не узнаетъ (зрѣніемъ) знакомыхъ людей, дѣлается равнодушна къ угрожающимъ жестамъ, къ плеткѣ; она имѣетъ зрѣніе и слухъ, но не осмысленные.

Таковы данныя эксперимента. Они съ несомнѣнностью указываютъ что полушарія имѣютъ отношеніе къ психической дѣятельности, причемъ по всей вѣроятности функція различныхъ отдѣловъ полушарій не совсѣмъ одинакова по отношенію къ психическимъ отправленіямъ: задніе отдѣлы имѣютъ наибольшее отношеніе къ узнаванію, передніе же—къ умѣнію.

3. Третій рядъ данныхъ, указывающихъ на отношеніе головного мозга къ психической дѣятельности, даетъ патологическая анатомія. Хотя есть нѣкоторые странные случаи, гдѣ при вскрытіи оказывалось что у человѣка, не представлявшаго при жизни рѣзко выраженныхъ дефектовъ со стороны интеллектуальной дѣятельности, существовалъ громадный дефектъ въ одномъ изъ полушарій, но все-таки масса анатомопатологическихъ фактовъ указываетъ на то, что при существованіи большихъ дефектовъ въ полушаріяхъ умственная дѣятельность страдаетъ. Во многихъ случаяхъ пріобрѣтеннаго (т. е. развившагося въ теченіе жизни) слабоумія мы находимъ очень глубокія измѣненія въ корѣ полушарій головного мозга. При нѣкоторыхъ формахъ врожденнаго

слабоумія (идіотизма) мы встрѣчаемъ чрезвычайно рѣзкое недоразвитіе всего головного мозга и въ частности его полушарій. Такъ, напримѣръ, есть случаи идіотизма, зависящаго отъ такъ называемаго малоголовія (микроцефаліи), въ которыхъ отношеніе вѣса головного мозга къ вѣсу тѣла доходитъ до $^1/_{250}$ (какъ у микроцефала Могея, описаннаго академикомъ И. П. Мержеевскимъ), тогда какъ у нормальнаго человѣка оно приблизительно равно $^1/_{40}$. При этомъ оказывается, что у микроцефаловъ, которые вообще представляютъ рѣзкую недостаточность высшихъ психическихъ функцій, главный недостатокъ развитія замѣчается въ теменныхъ и лобныхъ доляхъ.

Такимъ образомъ, существуетъ довольно много данныхъ, указывающихъ на то, что органомъ психической дѣятельности служитъ головной мозгъ и главнымъ образомъ его полушарія, а въ полушаріяхъ—тотъ отдѣлъ, который носитъ названіе мозговой коры, и подлежащее бѣлое вещество.

Разрѣшивъ вопросъ объ органѣ наиболѣе тѣсно связанномъ съ психической дѣятельностью, мы должны перейти къ болѣе детальному разсмотрѣнію существующаго въ настоящее время взгляда на механизмъ, служащій субстратомъ интеллектуальныхъ отправленій. Для этого мы должны прежде всего припомнить основной типъ строенія мозгового покрова.

Какъ извѣстно, мозговой покровъ состоитъ изъ бѣлаго и сѣраго вещества, причемъ сѣрое вещество входитъ главнымъ образомъ въ составъ той части мозгового покрова, которая носитъ названіе коры полушарій. Кора полушарій при микроскопическомъ изслѣдованіи оказывается состоящею изъ нѣсколькихъ слоевъ, въ которыхъ залегаютъ нервныя клѣтки различной формы и величины, нервныя волокна, элементы неврогліи, элементы лимфатической системы и кровеносные сосуды. Нервные элементы бѣлаго вещества составляютъ пучки волоконъ, т. е. пучки осевыхъ цилиндровъ, облеченныхъ мякотною или міэлиновою обложкой. Пучки этихъ волоконъ пронизываютъ бѣлое вещество полушарій въ самыхъ разнообразныхъ направленіяхъ.

Такъ какъ доказано, что одинъ изъ отростковъ нервной клѣтки коры полушарій головного мозга (осево-цилиндрическій), постепенно продолжаясь и развѣтвляясь переходитъ, наконецъ, въ нервныя волокна, т. е. облекается міэлиновою обложкой, то и полагаютъ, что всякое волокно, входящее въ составъ бѣлаго вещества полушарій, составляетъ продолженіе или развѣтвленіе осево-цилиндрическаго отростка какой-либо нервной клѣтки.

Эти волокна и служатъ проводниками возбужденія, появляющагося въ

нервныхъ центрахъ, благодаря дѣйствію тѣхъ или другихъ стимуловъ Волокна представляются такимъ образомъ какъ бы телеграфными проводами, по которымъ разносится возбужденіе отъ однихъ центровъ къ другимъ, а также отъ периферическихъ окончаній чувствующихъ нервовъ (въ органахъ чувствъ) по направленію къ воспринимающимъ ощущенія центрамъ (чувствующіе, центростремительные проводы), а отъ нервныхъ центровъ къ двигательнымъ органамъ (мышцамъ) и железамъ (двигательные и секреторные центробѣжные проводы). Нужно считать доказаннымъ, что отъ коры полушарій идутъ пучки волоконъ по направленію къ мозговому стволу, а черезъ него и въ спинной мозгъ (волокна лучистаго вѣнца, рис. 1, с.). Нѣкоторые изъ этихъ пучковъ находятся въ ближайшемъ соотношеніи съ чувствующими отдѣлами нервной системы и потому служатъ для проведенія сенсоріальныхъ возбужденій къ мозговой корѣ, а другіе служатъ для проведенія двигательныхъ импульсовъ отъ мозговой коры.

Эти пучки составляютъ значительную долю бѣлаго вещества полушарій. Но кромѣ нихъ въ бѣломъ веществѣ есть и другого рода пучки, а именно пучки, назначенные для того, чтобы связывать отдѣльныя части полушарій между собою. Между ними есть:

1) такіе, которые соединяютъ два полушарія между собою, наприм., пучки, входящіе въ составъ мозолистаго тѣла, передней мозговой спайки и т. п. (комиссуральные пучки, рис. 1, D);

2) такіе, которые соединяютъ между собою различные отдаленные участки мозговой коры (длинныя ассоціаціонныя волокна, рис. 1, B);

3) такіе, которые соединяютъ сосѣднія извилины (**fibrae arcuatae propriae**) и ближайшія части мозговой коры между собою (собственныя волокна мозговой коры, рис. 1, A).

Всѣ эти соединяющіе пучки волоконъ носятъ названіе волоконъ ассоціаціонной системы, тогда какъ тѣ пучки бѣлаго вещества полушарій, которые направляются отъ коры къ мозговому стволу въ видѣ **coronae radiatae**, образуютъ проекціонную систему. Повидимому, нѣкоторыя изъ волоконъ проекціонной системы идутъ непосредственно въ спинной мозгъ, другія же прерываются центральными образованіями (группами нервныхъ клѣтокъ) частью въ большихъ гангліяхъ, частью въ сѣромъ веществѣ близъ Сильвіева водопровода, въ четверохолміи, Вароліевомъ мосту и продолговатомъ мозгу (подкорковыми центрами).

Какія изъ клѣтокъ соединяются съ волокнами проекціонной системы, какія съ волокнами ассоціаціонной, — трудно сказать. Возможное дѣло, что одна и та-же клѣтка можетъ быть соединена и съ волокнами ассоціаціонной системы и съ волокнами проекціонной, потому что, по взгля-

дамъ итальянскаго ученаго Golgi и испанскаго Ramon y Cajal и др., осево-цилиндрическій отростокъ *дѣлится*, т. е. даетъ множество развѣтвленій, которыя могутъ быть, слѣдовательно, источниками мно-

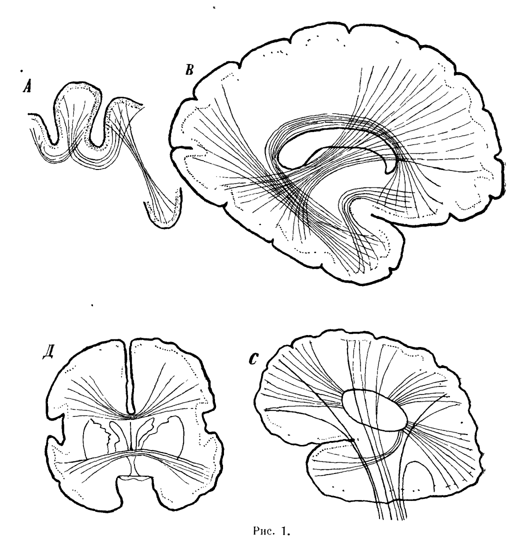


Рис. 1.

Схема хода волоконъ въ полушаріяхъ головного мозга (по Эдингеру).

A. Схема собственныхъ волоконъ коры (разрѣзъ извилинъ мозговой коры).
B. Схема хода длинныхъ ассоціаціонныхъ волоконъ (продольный разрѣзъ полушарія головного мозга)
C Схема волоконъ лучистаго вѣнца (продольный разрѣзъ головного мозга).
Д Схема хода волоконъ мозолистаго тѣла и передней мозговой спайки (поперечный разрѣзъ черезъ оба полушарія).

жества волоконъ, идущихъ по различнымъ направленіямъ и разносящихъ возбужденіе въ разныя стороны отъ одной клѣтки къ другимъ.

Какъ происходитъ передача возбужденія отъ одной нервной клѣтки къ другимъ? Этотъ вопросъ, очень интересный, рѣшается въ настоящее время не такъ, какъ онъ рѣшался еще весьма недавно. Прежде полагали, что нервныя клѣтки находятся между собою въ непосредственной связи, такъ какъ ничего невѣроятнаго не казалось въ томъ, что осевоцилиндрическій отростокъ одной нервной клѣтки можетъ переходить въ отростокъ другой нервной клѣтки. Но въ настоящее время, съ развитіемъ ученія о нейронахъ, на способъ соединенія нервныхъ клѣтокъ между собою смотрятъ нѣсколько иначе [1].

Въ настоящее время согласно ученію о нейронахъ, установленному благодаря изслѣдованіямъ **Golgi, Ramon y Cajal, His'a, Forel'я Waldeyer'a, Kölliker'a, Van Gehuchten'a** и другихъ, взгляды на строеніе нервной системы значительно измѣнились. Предполагается, что всякая нервная клѣтка со всѣми ея отростками составляетъ совершенно отдѣльную единицу, имѣющую совершенно опредѣленную ей свойственную функцію. Отростки ея могутъ быть чрезвычайно длинны, могутъ тянуться въ видѣ нервнаго волокна черезъ весь головной мозгъ или спинной и вдоль переферическихъ нервовъ; но какъ бы ни были они длинны, они представляютъ собою составную часть одной и той же единицы — нейрона Изученіе строенія нервной системы показало, что каждая клѣтка имѣетъ множество отростковъ; изъ этихъ отростковъ одинъ называется осевоцилиндрическимъ (или аксономъ) и въ немъ по мнѣнію большинства авторовъ возбужденіе проводится только отъ клѣтки (целлюлефугально). Другіе же отростки называются протоплазматическими: они по своему строенію суть ничто иное, какъ продолженіе самой клѣтки, по существу не отличается отъ нея. Возбужденія, начавшіяся въ одномъ изъ этихъ протоплазматическихъ отростковъ, направляются, по мнѣнію **Ramon y Cajal'я** и **Van Gehuchten'a** (хотя и оспариваемому другими) всегда только по направленію къ клѣткѣ (целлюлепетально) Какъ протоплазматическіе отростки, такъ и осе-

[1] О современномъ взглядѣ на строеніе мозга можно найти свѣдѣнія между прочимъ въ книгѣ Ramon y Cajal'я, французск. переводъ подъ названіемъ: „Les idées sur la structure du Système nerveux chez l'homme et chez les vertebrés. Paris, 1894, также у Van Gehuchten. „Anatomie du systeme nerveux de l'homme 3 me édition"; у В М. Бехтерева — Проводящіе пути мозга. 1896—1898 гг ; у Эдингера Лекціи о строеніи органовъ центральной нервной системы 1894, и у Оберштейнера — Руководство къ изученію строенія центральной нервной системы. Москва, 1897 г Нужно отмѣтить, что въ самое послѣднее время ученіе о нейронахъ подвергается опять большимъ сомнѣніямъ.

воцилиндрическіе могутъ вѣтвиться; развѣтвленія протоплазматическихъ отростковъ, которыя по существу суть развѣтвленія самой клѣтки, — называются дендритами; развѣтвленія осево-цилиндрическихъ отростковъ — коллатералями. (Рис. 2). Новѣйшія изслѣдованія тончайшаго строенія нервныхъ элементовъ показываютъ, что между отростками протоплазматическими и осево-цилиндрическими существуетъ и значительная

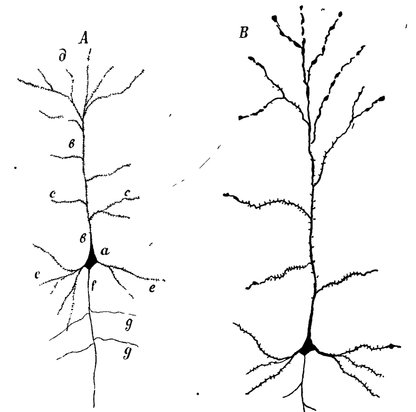


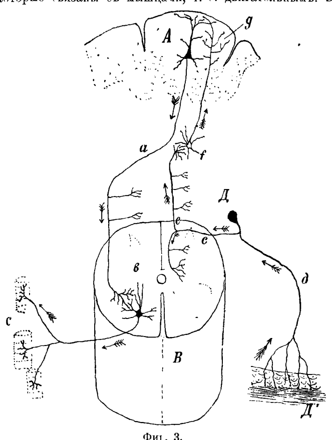
Рис 2.

Пирамидальныя клѣтки коры полушарій головного мозга (рис. Ф. Е. Рыбакова)
A Клѣтка нормальная Рисунокъ представляетъ нейронъ, лежащій въ мозговой корѣ, и называемый иногда „психическимъ". Тѣло клѣтки *a* имѣетъ пирамидальную форму; отъ него вверхъ идетъ главный восходящій протоплазматическій отростокъ *b*, отъ него отходятъ боковые отростки *c*, а вверху онъ распадается на множество развѣтвленій на подобіе вѣера *d* Изъ основанія тѣла клѣтки расходятся во всѣ стороны протоплазматическіе отростки основанія *e*. На всѣхъ протоплазматическихъ отросткахъ сидятъ мелкіе шипики (грушевидные придатки). Внизу отъ тѣла клѣтки идетъ нить, не обсаженная шипиками —это осевоцилиндрическій отростокъ; онъ тоже даетъ боковыя вѣтви *g* (коллатерали)
B. Клѣтка съ монилиморфнымъ состояніемъ протоплазматическихъ отростковъ; вмѣсто шипиковъ на отросткахъ по мѣстамъ замѣтны четкообразныя утолщенія.

разница въ строеніи, именно по изслѣдованіямъ Bethé оказывается, что осево-цилиндрическіе отростки переходятъ въ тончайшія фибриллы, находящіеся въ нервной клѣткѣ. По новѣйшимъ взглядамъ на строеніе нервныхъ элементовъ (Ниссля, Бете и др.) нервная клѣтка кромѣ ядра и ядрышка заключаетъ въ себѣ протоплазму, имѣющую структуру на подобіе пчелиныхъ сотъ, въ ней заложены такъ называемыя „Нисслевскія тѣльца" и фибриллы, продолжающіяся въ *осевой цилиндръ*. Эти фибриллы составляютъ специфическую составную часть нервной клѣтки, какъ мускульныя фибриллы специфичны для мышечной. Дальнѣйшее отличіе протоплазматическихъ отростковъ отъ осево-цилиндрическихъ заключается въ томъ, что на первыхъ можно при соотвѣтствующемъ увеличеніи замѣтить тончайшіе придатки, сидящіе на нихъ на подобіе шиповъ или грушевидныхъ образованій, большею частью въ очень большомъ количествѣ. Эти грушевидные придатки замѣчаются почти на всѣхъ протоплазматическихъ отросткахъ, но начинаютъ ихъ обсаживать всегда на нѣкоторомъ разстояніи отъ клѣточнаго тѣла. Эти короткіе придатки, обладаютъ повидимому способностью втягиваться внутрь, и тогда протоплазматическій отростокъ представляется четкообразно утолщеннымъ (мониллиморфное состояніе отростковъ). Нѣкоторые авторы связываютъ втягиваніе и появленіе ихъ съ состояніемъ дѣятельности или покоя нейрона, но другіе видятъ въ четкообразномъ состояніи или результатъ патологическихъ вліяній, или недостаточнаго развитія, или наконецъ посмертное явленіе (рис. 2).

Клѣточное тѣло со всѣми отростками (дендритами и коллатералями) и составляетъ отдѣльный нейронъ. Такихъ нейроновъ въ нервной системѣ великое множество, и нужно полагать, что отдѣльныя группы ихъ, различаясь нѣсколько въ строеніи, различаются также и по функціи. Одни напр., чувствующіе нейроны, другіе — двигательные, — третьи — психическіе и т. д. Одни изъ нейроновъ составляютъ периферическіе отдѣлы нервной системы, другіе — центральные; отростки периферическихъ нейроновъ составляютъ нервныя волокна, соединеніе которыхъ представляютъ изъ себя нервные стволы. Нейроны различнаго качества находятся между собою въ взаимодѣйствіи. Возбужденіе, возникшее въ одномъ нейронѣ, можетъ вызывать возбужденіе въ другомъ, съ которымъ онъ находится въ соотношеніи. Такъ, напр., возбужденіе, возникшее въ периферическомъ чувствующемъ нейронѣ, (рис. 3), передаваясь по его осево-цилиндрическому отростку, вызываетъ возбужденіе въ какомъ нибудь центральномъ нейронѣ, съ которымъ сочетанъ данный чувствующій нейронъ. Такимъ образомъ, дана возможность сенсоріальнымъ возбужденіямъ вызывать соотвѣтствующія

душевныя явленія. Въ свою очередь, возбужденіе, существующее въ нейронѣ центральномъ, можетъ передаваться тѣмъ периферическимъ нейронамъ, которые связаны съ мышцами, т. е. двигательнымъ. Благодаря



Фиг. 3.

Схема хода побужденій къ произвольнымъ движеніямъ и сознательныхъ чувствовательныхъ возбужденій по Ramon y Cajal'у

A—психомоторная область мозговой коры. *B*—спинной мозгъ. *C*—мускульныя волокна. *Д*—Спинной узелъ $Д^1$—Кожа

Побужденіе *къ произвольному движенію* исходитъ изъ пирамидальной клѣтки мозговой коры *A*, спускается по осевоцилиндрическому отростку *a* къ клѣткѣ передняго рога спинного мозга *в*, которой сообщается возбужденіе черезъ конечныя развѣтвленія осевоцилиндрическаго отростка *a*: отъ *в* возбужденіе идетъ по осевоцилиндрическому отростку этой клѣтки къ мускульнымъ волокнамъ *C*. *Ходъ чувствующихъ возбужденій* начинается съ какого-нибудь пункта на периферіи, напр., $Д^1$, по осевоцилиндрическому отростку *d* достигаетъ клѣтки *Д* спинномозгового узла, оттуда идетъ по корешковому волокну *c* въ задній столбъ спинного мозга и восходитъ по волокну *e* отдѣляющемуся отъ корешковаго волокна до клѣтки *f* въ продолговатомъ мозгу. Тамъ возбужденіе воспринимается новой клѣткой продолговатого мозга *f*, которая доводитъ его по всей вѣроятности до мозговой коры *g*, гдѣ черезъ посредство видимыхъ древовидныхъ развѣтвленій чувствующія возбужденія могутъ вліять на двигательныя отростки пирамидальныхъ клѣтокъ

этому является то, что душевныя явленія, обусловленныя функціей центральныхъ нейроновъ, сопровождаются двигательными актами.

Какимъ образомъ происходитъ передача возбужденія отъ одного нейрона къ другому? Какъ сочетаются они между собою?

Большинство авторовъ (за исключеніемъ между прочимъ Догеля) не допускаютъ, чтобы отростки одного нейрона переходили въ отростки другого нейрона, анастомозировали между собою; самое большее, что допускается — это то, что отростки одного нейрона могутъ соприкасаться съ отростками другого; но и это соприкосновеніе (контактъ) можетъ быть далеко не всегда. При такомъ воззрѣніи я того, чтобы одинъ нейронъ могъ имѣть вліяніе на другой, считается необходимымъ, чтобы осево-цилиндрическій отростокъ перваго самъ или своими развѣтвленіями приблизился бы или къ самому тѣлу клѣтки, или къ ея протоплазматическимъ отросткамъ (рис. 4). Только тогда возбужденіе перваго нейрона вызоветъ возбужденіе во второмъ; при прикосновеніи другъ къ другу развѣтвленій осево-цилиндрическихъ отростковъ возбужденіе не передается. Передача слѣдовательно можетъ происходить только въ одномъ направленіи; а именно возбужденіе возникшее въ нервной клѣткѣ или въ ея протоплазматическихъ отросткахъ (которые по существу составляютъ ту же массу нервной клѣтки, только принявшую форму отростка), передается по ея осево-цилиндрическому отростку, который представляетъ изъ себя проводящій элементъ клѣтки. Этотъ осево-цилиндрическій отростокъ своими развѣтвленіями соприкасается или сближается съ тѣломъ или протоплазматическими отростками другихъ нейроновъ. Когда въ первомъ возникло возбужденіе, то его возбужденное состояніе, распространяясь по осево-цилиндрическому отростку можетъ вызывать возбужденное состояніе въ тѣхъ протоплазматическихъ отросткахъ другихъ нейроновъ, которые близки къ развѣтвленіямъ осево-цилиндрическаго отростка перваго. Правда, этотъ „законъ динамической поляризаціи нервныхъ элементовъ“, т. е. законъ, по которому возбужденіе распространяется по протоплазматическимъ отросткамъ исключительно по направленію къ клѣткѣ, а по осево-цилиндрическимъ въ направленіи отъ клѣтки,—не всѣми признается, а нѣкоторыми даже прямо отрицается по отношенію къ первому чувствующему периферическому нейрону (спинальному нерву), но все таки эта теорія довольно хорошо гармонируетъ съ анатомопатологическими фактами и объясняетъ удовлетворительно многія интересныя явленія, наблюдаемыя при изслѣдованіи вторичныхъ перерожденій въ нервной системѣ, оставшіяся безъ достаточнаго объясненія безъ этой теоріи. Она же даетъ точку опоры и для нашего сужденія относительно функціональнаго значенія отдѣльныхъ нервныхъ клѣтокъ и ихъ связи между собою.

Какъ было сказано анастомозовъ между отростками двухъ нейроновъ большинство авторовъ не допускаетъ. За исключеніемъ Догеля и не-

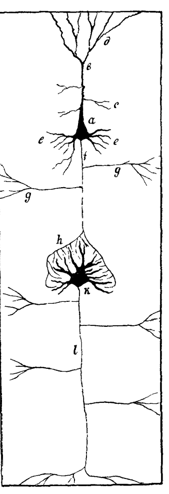


Рис. 4.

Схема контакта нейроновъ (рис С. А. Суханова).

На верху „психическій" нейронъ въ видѣ пирамидальной клѣтки *a* съ восходящимъ протоплазматическимъ отросткомъ *в*, распадающимся вѣерообразно (*д*) и дающимъ боковые отростки *c*. Изъ основанія клѣтки идутъ протоплазматическіе отростки основанія *e*. отъ тѣла клѣтки спускается осевоцилиндрически отростокъ *f*, дающій боковыя развѣтвленія *g* На своемъ концѣ осевоцилиндрическій отростокъ распадается на мельчайшія нити *h*, обхватывающія развѣтвленія протоплазматическихъ отростковъ другого нейрона *k* Развѣтвленія перваго нейрона только соприкасается съ протоплазматическими отростками второго, а не анастомозируютъ. Отъ тѣла клѣтки *k* второго нейрона идетъ въ свою очередь осевоцилиндрическій отростокъ *l*, который такимъ же образомъ можетъ вызывать возбужденіе нейроновъ слѣдующаго порядка.

многихъ другихъ ученыхъ, всѣ признаютъ, что отростки нейроновъ могутъ только соприкасаться между собою, а не анастомозировать. Вслѣдствіе этого нельзя допустить, какъ это дѣлалось при прежнихъ воззрѣніяхъ на строеніе нервной системы, что нервное возбужденіе прямо переходитъ какъ гальваническій токъ изъ отростковъ одной нервной клѣтки въ другой; нужно предположить, что соприкосновеніе осевоцилиндрическаго отростка клѣтки, находящейся въ состояніи возбужденія, съ протоплазматическимъ отросткомъ или тѣломъ другой клѣтки

вызываетъ въ послѣдней возбужденіе — подобно тому какъ появленіе электрическаго тока въ одной спирали, можетъ вызывать токъ путемъ индукціи въ другой, находящейся вблизи и совершенно изолированной отъ первой. Для этого можетъ быть необходимо соприкосновеніе частей одного нейрона съ частями другого (контактъ), но можно допустить, что возбужденіе одного нейрона въ состояніи вызывать дѣятельное состояніе въ другомъ даже и тогда, когда коллатерали и дендриты ихъ находятся лишь очень близко другъ отъ друга Такъ какъ по нѣкоторымъ изслѣдованіямъ (Видерсгейма) можно думать, что отростки нейроновъ могутъ то удлиняться, то укорачиваться, подобно отросткамъ амебы, а по другимъ протоплазматическіе отростки во время дѣятель-

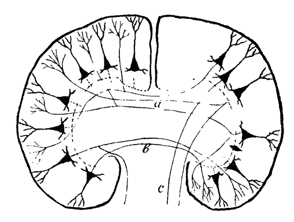


Рис. 5.

Схема поперечнаго разрѣза, указывающая на вѣроятное расположеніе комиссуральныхъ волоконъ и волоконъ проекціонной системы по R. у Cajal'ю: *a*—мозолистое тѣло *в*—передняя комиссура; *c*—пирамидальный путь, образованный волокнами проекціонной системы. На рисункѣ виденъ способъ соединенія между собою комиссуральныхъ волоконъ и волоконъ проекціонной системы.

наго состоянія напрягаются, и ихъ „грушевидные придатки“ усиленно выдвигаются, то легко представить себѣ, какимъ механизмомъ можно объяснить то, что нервное возбужденіе то можетъ свободно распространяться отъ одного нейрона къ другому, то наоборотъ для этого требуется большая энергія иннерваціоннаго процесса, а то наконецъ (при существованіи значительнаго разстоянія между коллатералями одного нейрона и дендритами другого) переходъ возбужденія будетъ и совсѣмъ прекращаться.

Если представить себѣ, что отростки нейроновъ длинны, и на своемъ протяженіи даютъ также длинныя коллатерали, которыя своими окончаніями могутъ сближаться со множествомъ дендритовъ другихъ ней-

роновъ,—то станетъ яснымъ, что въ самомъ строеніи нервной системы дана возможность для чрезвычайно многочисленныхъ и разнообразныхъ сочетаній нейроновъ между собою. Такъ нервная клѣтка, находящаяся въ корѣ лобной доли полушарія можетъ путемъ своего осево-цилиндрическаго отростка и его коллатералей сочетаться и съ нейронами другого полушарія (рис. 5), и съ нейронами, находящимися въ другихъ отдѣлахъ коры, и съ нейронами большихъ ганглій, и съ нейронами продолговатаго и спинного мозга. Такая многочисленность сочетаній нейроновъ чрезвычайно гармонируетъ со сложностью процессовъ въ нервной системѣ и съ тѣмъ принципомъ взаимодѣйствія многихъ отдѣльныхъ частей ея, съ которымъ мы встрѣчаемся на каждомъ шагу при изученіи нервныхъ явленій. Нужно прибавить къ этому, что несомнѣнно въ теченіе жизни даннаго индивидуума отростки его нейроновъ растутъ, даютъ все болѣе и болѣе развѣтвленій, вслѣдствіе чего число связей между элементами становится все болѣе и болѣе.

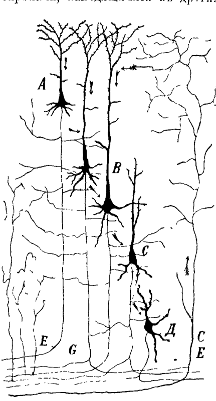


Рис. 6.

Схема, указывающая на вѣроятный ходъ возбужденія въ нервныхъ элементахъ коры полушарія (по R. Cajal'ю). *A*—маленькая пирамидальная клѣтка; *B*—большая пирамидальная клѣтка. *C* и *Д*—полиморфныя тѣла; *E*—конецъ волокна, достигшаго даннаго участка коры изъ другихъ центровъ; *F*—коллатерали бѣлаго вещества; *G*—осевой цилиндръ, развѣтвляющійся въ бѣломъ веществѣ.

Многочисленность связей одного нейрона, возможность перехода возбужденія отъ данной клѣтки не къ одной только, но къ цѣлому ряду, даже ко ***множеству*** другихъ (рис. 6), — объясняетъ хорошо сложность нервныхъ процессовъ, въ то-же время заставляетъ ставить вопросъ, почему же всетаки нервные процессы протекаютъ такъ стройно,—почему нѣтъ путаницы въ распространеніи возбужденія, и существуетъ строгая правильность и опредѣленность, дѣлающая результаты нервной дѣятельности удивительно точными. Вѣдь если отъ одной клѣтки воз-

бужденіе можетъ идти ко множеству другихъ, въ самыхъ разнообразныхъ направленіяхъ, то отчего же всетаки мы видимъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ оно идетъ по одному, строго опредѣленному и только при измѣненіи условій идетъ по другому. Такъ это мы видимъ, напримѣръ, при изученіи рефлекторныхъ актовъ. Объясненіе этой правильности заключается въ томъ, что—хотя связи даннаго нейрона съ другими и многочисленны, но тѣмъ не менѣе переходъ возбужденія совершается не во всѣхъ направленіяхъ съ одинаковою легкостью; очень можетъ быть, что извѣстная степень близости отростковъ между собою играетъ въ этомъ отношеніи существенную роль; сближеніе и удаленіе ихъ другъ отъ друга облегчаетъ и тормозитъ распространеніе возбужденія. Очень можетъ быть, напримѣръ, что отростки, бывшіе въ близкомъ сочетаніи въ состояніи бодрствованія,—раздвигаются во время сна, чѣмъ и обусловливается прекращеніе перехода нервнаго возбужденія съ однихъ элементовъ на другіе и временное прекращеніе сложныхъ процессовъ душевной жизни. Очень можетъ быть, что и во время состоянія бодрствованія существуютъ какія-нибудь условія (напримѣръ, движеніе и измѣненіе формы отростковъ и ихъ придатковъ), благопріятствующія болѣе тѣсному сближенію однихъ отростковъ и разъединенію другихъ, чѣмъ и обусловливается направленіе иннерваціоннаго процесса то по тому, то по другому пути.

Итакъ *многочисленность связей нейроновъ съ одной стороны, а съ другой возможность то большаго, то меньшаго облегченія соединительныхъ путей и установленія съ теченіемъ времени новыхъ посредствомъ развитія отростковъ и ихъ развѣтвленій*,—даютъ возможность довольно легко объяснить себѣ и сложность процессовъ въ нервной системѣ, и ихъ удивительную точность и правильность.

Если это относится къ процессамъ нервной физіологіи вообще, то конечно это имѣетъ еще большее значеніе для процессовъ, вызывающихъ психическія явленія, которыя по своей сложности и въ тоже время удивительной правильности, заставляютъ искать для своего субстрата необыкновенно тонкое и сложное устройство соотвѣтствующихъ органовъ. И въ самомъ дѣлѣ въ ученіи о нейронахъ мы находимъ доказательство этого. Если мы возьмемъ для сравненія нейроны мозговой коры животныхъ, рѣзко отличающихся другъ отъ друга по степени развитія интеллекта, то мы найдемъ чрезвычайно большую разницу въ количествѣ отростковъ, которыми снабжены нейроны: ничтожное въ нейронахъ мыши, оно гораздо больше въ нейронахъ собаки и достигаетъ наибольшаго богатства въ нейронахъ человѣка (рис 7) Повидимому не столько количествомъ нейроновъ слѣдуетъ объяснять

богатство или бѣдность душевнаго развитія отдѣльныхъ индивидуумовъ, сколько обиліемъ ихъ связей черезъ дендриты и коллатерали, а также и свойствомъ этихъ связей, ихъ подвижностью и устойчивостью.

Сдѣлавъ это отступленіе для изложенія сравнительно новаго ученія о нейронахъ и не вдаваясь въ другія подробности, касающіяся строенія и отправленія нервной системы, извѣстныя частью изъ анатоміи, частью изъ курса нервныхъ болѣзней, въ которомъ эти подробности должны быть изложены болѣе обстоятельно для того, чтобы ими можно

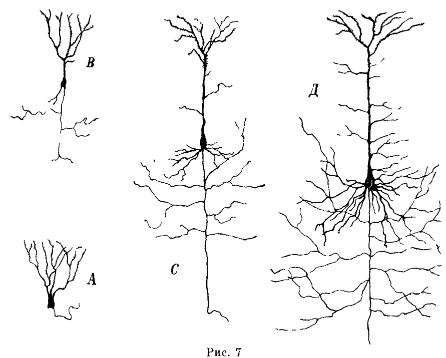


Рис. 7

Схема развитія пирамидальныхъ нитокъ мозговой коры у различныхъ животныхъ. *A* — у лягушки; *B* — у ящерицы; *C* — у крысы. *Д* — у человѣка (по Ramon y Cajal'ю)

было пользоваться для діагностики локализаціи болѣзни при органическихъ страданіяхъ головного мозга, я перейду къ изложенію того, какимъ образомъ можно представить себѣ схему дѣятельности нервной системы, лежащей въ основѣ проявленій такъ-называемой душевной жизни.

Мы знаемъ уже, что все содержаніе нашего интеллекта дается ощущеніями, получаемыми отъ различныхъ органовъ чувствъ. Внѣшніе стимулы, дѣйствуя на периферическія окончанія нервныхъ стволовъ въ

органахъ чувствъ, вызываютъ въ нихъ возбужденіе. Это возбужденіе, возникшее въ периферическихъ чувствующихъ нейронахъ, доходитъ до центральныхъ и вызываетъ въ центрахъ нервной системы то или другое впечатлѣніе, различное въ зависимости отъ специфической энергіи органовъ чувствъ, отъ мѣста и интенсивности возбужденія. Впечатлѣнія такого рода и являются въ нашемъ сознаніи какъ ощущенія. Ощущенія составляютъ самый простѣйшій элементъ психической жизни и въ то же время одинъ изъ самыхъ непонятныхъ. Какимъ образомъ нервное возбужденіе становится ощущеніемъ, т.-е. *чувствуется*, принимаетъ *субъективный* характеръ, это совершенно недоступно современному пониманію. Одно можно сказать, что вѣроятно нервнымъ клѣткамъ головного мозга (а можетъ быть и нѣкоторымъ клѣткамъ спинного), а по взгляду нѣкоторыхъ и всякой организованной матеріи, свойственно при извѣстной степени ихъ возбужденія придавать оттѣнокъ *субъективности* тому иннерваціонному процессу, который въ нихъ происходитъ: это—ихъ специфическая энергія.

Собственно говоря, не рѣшено еще вполнѣ опредѣленно, въ какомъ отдѣлѣ мозга впечатлѣнія становятся ощущеніями. Но есть много данныхъ, указывающихъ на то, что по крайней мѣрѣ для цѣлаго ряда ощущеній это совершается въ частяхъ, лежащихъ ниже коры полушарій,—въ субкортикальныхъ центрахъ (по Мейнерту)—въ продолговатомъ мозгу, въ Вароліевомъ мосту, четверохолміи, можетъ-быть въ зрительномъ бугрѣ. Нельзя отрицать однако, что этотъ переходъ можетъ совершаться и въ клѣткахъ спинного мозга. Во всякомъ случаѣ несомнѣнно, что для этого не необходима дѣятельность коры полушарій, потому что многія животныя, лишенныя полушарій, еще продолжаютъ получать ощущенія отъ внѣшняго міра и отъ органовъ собственнаго тѣла.

Благодаря необыкновенной восприимчивости органовъ чувствъ, благодаря разнородности ихъ, благодаря, наконецъ, неисчислимому разнообразію дѣйствующихъ на насъ стимуловъ, каждый человѣкъ испытываетъ множество ощущеній, различающихся между собою по силѣ, по качеству, по локализаціи, т.-е. по тому мѣсту организма, на которое дѣйствуетъ стимулъ и по ихъ чувственному тону (удовольствія или неудовольствія). Но весь этотъ громадный запасъ ощущеній не повелъ бы къ созданію сложной психической дѣятельности, еслибы дѣло ограничивалось ими одними. Въ человѣческомъ мозгу (да и въ мозгу многихъ животныхъ) даны условія для того, чтобы изъ этихъ ощущеній развивались представленія о тѣхъ предметахъ, которые вызываютъ ощущенія.

О томъ, что такое представленіе, мы уже говорили: благодаря осо-

бенностямъ физіологической жизни головного мозга, ощущеніе вызываетъ въ сознаніи представленіе о томъ предметѣ, который обусловливаетъ данное ощущеніе, является то, что мы называемъ образомъ предмета. Повидимому это обусловливается во-первыхъ тѣмъ, что въ каждомъ ощущеніи уже есть зачатокъ проецированія его на периферію, чѣмъ и обусловливается различіе по локализаціи ощущеній, а во-вторыхъ тѣмъ, что нервное возбужденіе, дойдя до клѣтокъ, въ которыхъ оно вызываетъ процессъ ощущенія, не останавливается тамъ, а идетъ по тѣмъ проводникамъ, которые протянуты отъ этихъ клѣтокъ къ мозговой корѣ. Мы отчасти знаемъ этотъ путь: онъ проходитъ въ capsula interna, преимущественно въ заднемъ отдѣлѣ ея, и идетъ частью къ теменной, частью къ височной, частью къ затылочнымъ долямъ полушарій, а можетъ быть и другимъ отдѣламъ коры, напримѣръ къ центральнымъ извилинамъ и прилежащимъ частямъ мозга. Въ корковомъ веществѣ полушарій возбужденіе вызываетъ дѣятельное состояніе нервныхъ клѣтокъ, вслѣдствіе чего и появляется *въ субъективной жизни* то, что называется ***представленіемъ или образомъ предмета***, который дѣйствуетъ на человѣка. Конечно, какъ непонятно для насъ возникновеніе ощущеній изъ впечатлѣній, точно также непостижимо и образованіе образовъ предметовъ, т.-е. представленій; но, какъ бы то ни было, благодаря дѣятельному состоянію нервныхъ клѣтокъ нѣкоторыхъ отдѣловъ мозговой коры, является возможность проецировать комбинацію ощущеній во внѣшній міръ и ***представлять*** предметъ, вызвавшій ощущенія.

Чрезвычайно интересенъ по отношенію къ объясненію возникновенія представленій и отнесенія ощущеній на периферію тотъ фактъ, что въ чувствующихъ нервахъ, среди волоконъ проводящихъ возбужденіе отъ органовъ чувствъ къ центрамъ, т.-е. центропетально, существуютъ и волокна, проводящія возбужденія отъ центровъ, центрофугально. Невольно является вопросъ (отмѣченный В. М. Бехтеревымъ и С. А Сухановымъ), не при помощи ли ихъ происходитъ процессъ проекціи ощущенія на периферію? Центрофугальныя волокна находятся также и среди центропетальныхъ волоконъ находящихся въ области тѣхъ отдѣловъ полушарій, которыя считаются чувствующими областями.

Такъ какъ ощущеній испытываетъ человѣкъ очень много и такъ какъ, съ другой стороны, въ корѣ полушарій существуетъ по самому минимальному разсчету отъ 600—1,200 милліоновъ нервныхъ клѣтокъ, то и представленій у человѣка образуется чрезвычайно много. — Эти представленія будутъ различаться между собою уже по тому органу чувствъ, изъ ощущеній котораго они образовались; такъ будутъ зрительныя. представленія изъ ощущеній зрѣнія, будутъ слуховыя представленія изъ ощущеній слуха, обонятельныя, мышечныя и т. п.

Существуютъ факты, на основаніи которыхъ можно предполагать,

что различные роды представленій образуются въ различныхъ отдѣлахъ коры полушарій. Такъ уничтоженіе затылочныхъ долей ведетъ часто къ потерѣ зрительныхъ представленій, уничтоженіе нѣкоторыхъ отдѣловъ височной доли—къ потерѣ слуховыхъ представленій. Это и заставляетъ предполагать, что зрительныя представленія образуются или, по крайней мѣрѣ, хранятся въ затылочныхъ доляхъ и частью въ теменныхъ, слуховыя—въ височныхъ, обонятельныя и вкусовыя—въ теменной, осязательныя—въ теменной, представленія, связанныя съ общимъ и мышечнымъ чувствомъ—вблизи центральныхъ извилинъ и въ нихъ самихъ.

Опытъ показываетъ, что бываютъ представленія, въ образованіе которыхъ входятъ другія представленія. Это такъ называемыя сложныя представленія. Такъ напримѣръ, я вижу колоколъ и слышу его звонъ,—у меня получится сложное представленіе колокола, въ составъ котораго будетъ входить зрительный образъ колокола и соотвѣтствующее слуховое представленіе. Подобныхъ сложныхъ представленій у человѣка образуется масса. Къ нимъ относятся и представленія времени и пространства, о которыхъ мы уже говорили. Есть нѣкоторые факты, которые указываютъ, что образованіе представленій времени связано съ дѣятельностью нижнихъ отдѣловъ теменной доли, сосѣднихъ съ височной, а образованіе пространственныхъ представленій—съ дѣятельностью недостаточно точно опредѣленныхъ отдѣловъ теменной доли.

Какъ я сказалъ, сложныхъ представленій у человѣка существуетъ очень много. Возможность ихъ образованія обусловливается тѣмъ, что между тѣми отдѣлами мозговой коры, въ которыхъ образуются представленія одного органа чувствъ, напримѣръ, зрительныя, и другими, въ которыхъ образуются представленія другого органа чувствъ, напримѣръ, слуховыя, существуютъ соединенія, вслѣдствіе чего и можетъ произойти сочетаніе въ одно цѣлое зрительнаго и слухового представленія. Для этого сочетанія и служатъ волокна ассоціаціонной системы, о которыхъ мы уже знаемъ. Этихъ волоконъ въ головномъ мозгу чрезвычайно много. Они образуютъ самую сложную систему связей, соединяющую между собою и отдаленные, и ближайшіе отдѣлы мозга, они находятся и въ пучкахъ, соединяющихъ полушарія между собою (комиссуральныхъ), и въ пучкахъ соединяющихъ отдѣльныя доли, они соединяютъ другъ съ другомъ и ближайшія извилины или части извилинъ (рис. 1). Въ видѣ тангенціальныхъ волоконъ—ассоціаціонные пути проходятъ густою сѣтью по самой поверхности коры; за нихъ цѣпляются, они какъ бы поддерживаютъ протоплазматическіе отростки пирамидальныхъ или „психическихъ“ клѣтокъ мозговой коры (рис. 8) и такимъ образомъ каждая изъ послѣднихъ имѣетъ возможность получать

иннервaціонные импульсы съ самыхъ разнообразныхъ частей, реагировать на нихъ свойственной имъ специфической энергіей и передавать импульсъ другимъ клѣткамъ. Такимъ образомъ можетъ явиться весьма большое количество сочетаній представленій, какъ результатъ специфической энергіи данной группы клѣтокъ, и можетъ образоваться огромное количество сложныхъ представленій, существующее у всякаго нормально развитого человѣка.

Такимъ образомъ, благодаря особымъ свойствамъ элементовъ мозговой коры, ихъ специфической энергіи и особымъ свойствамъ анатомическаго строенія полушарій — у человѣка является возможность образовать громадное количество образовъ, простыхъ и сложныхъ.

Какъ каждый изъ насъ знаетъ изъ самонаблюденія и какъ уже я говорилъ, образовавшіяся въ нашей психикѣ представленія не исчезаютъ тотчасъ послѣ своего возникновенія, а остаются болѣе или менѣе долгое время. Это обусловливается памятью, о которой я уже говорилъ. Благодаря памяти то, что образуется въ психикѣ человѣка, не исчезаетъ, а сохраняется въ видѣ запаса; благодаря памяти сохраняются слѣды (остатки) возбужденія нервныхъ клѣтокъ, сохраняются и слѣды тѣхъ связей (ассоціацій), которыя когда-либо возникали между нервными клѣтками. Какъ это происходитъ, мы не знаемъ, но это фактъ, и благодаря этому только и возможно развитіе душевной жизни.

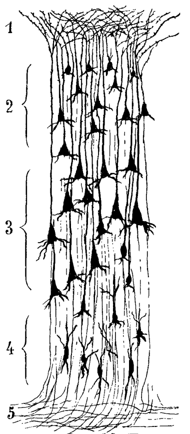


Рис 8.

Строеніе сѣраго вещества коры извилины головного мозга по Ramon y Cajal'ю.

1 Молекулярный слой 2. Слой малыхъ пирамидальныхъ клѣтокъ 3. Слой большихъ пирамидальныхъ клѣтокъ. 4 Слой полиморфныхъ клѣтокъ. 5 Бѣлое вещество

Итакъ, до сихъ поръ мы узнали слѣдующее:

Благодаря впечатлѣніямъ, дошедшимъ изъ органовъ чувствъ до клѣ-

токъ центровъ субкортикальныхъ (подкорковыхъ), образуются ощущенія. Затѣмъ эти ощущенія передаются къ различнымъ отдѣламъ коры и въ нихъ вызываютъ процессъ, лежащій въ основѣ представленій. Хотя по всей вѣроятности для „образа“ какого нибудь предмета необходимо взаимодѣйствіе нѣсколькихъ клѣтокъ мозговой коры, но для ясности можно себѣ представить, что для образованія одного отдѣльнаго простого представленія служитъ одинъ психическій нейронъ, одна нервная клѣтка въ корѣ полушарій. Это легко себѣ представить, такъ какъ клѣтокъ въ корѣ полушарій чрезвычайно много и ихъ, вѣроятно, достанетъ на все то количество представленій, которое человѣкъ можетъ имѣть. Въ то время, когда представленіе только-что образуется, возбужденіе въ соотвѣтствующей ему нервной клѣткѣ очень интенсивно, а затѣмъ оно ослабѣваетъ, но, по всей вѣроятности, не исчезаетъ совершенно, а остается въ очень слабой степени, вслѣдствіе чего и не сознается нами. Но достаточно какого-нибудь обстоятельства, которое можетъ усилить это дошедшее до минимума возбужденіе нервной клѣтки, и тогда то представленіе, которое она, такъ сказать, хранитъ, возстановится въ сознаніи.

Такимъ образомъ громадное количество нервныхъ клѣтокъ мозговой коры хранятъ въ себѣ образовавшіяся въ теченіе жизни представленія и какъ бы ждутъ момента, когда явится возможность снова воскресить эти представленія, возстановить (репродуцировать) ихъ.

Теперь спрашивается: благодаря чему происходитъ это возстановленіе слѣдовъ бывшихъ представленій? Для этого очевидно нужно, чтобы иннерваціонный процессъ довелъ снова возбужденіе до клѣтки, хранящей слѣдъ представленія. А это можетъ происходить потому, что изъ какой-нибудь даже очень отдаленной клѣтки „психической“ или имѣющей другую функцію, иннервационный процессъ, въ ней существующій, можетъ, распространяясь по осево-цилиндрическому ея отростку, вызвать возбужденіе въ той клѣткѣ, которая хранитъ слѣдъ представленія. Конечно для этого нужно, чтобы между данными двумя клѣтками существовала связь при помощи ассоціаціонныхъ волоконъ. А такъ какъ ассоціаціонныя связи клѣтокъ коры очень многочисленны и богаты (вслѣдствіе обилія волоконъ), то иннерваціонный процессъ и можетъ широко распространяться отъ одной клѣтки къ другой. По мѣрѣ того, какъ возбужденіе будетъ такимъ образомъ послѣдовательно возникать въ цѣломъ рядѣ сочетанныхъ между собою нейроновъ,—будетъ возникать или усиливаться то въ томъ, то въ другомъ изъ нихъ и дѣятельное состояніе, а въ результатѣ будетъ происходить репродукція хранимыхъ ими представленій. Можно сравнить весь этотъ процессъ съ тѣмъ, какъ

если бы кто-нибудь перебиралъ клавиши фортепiано: каждая клавиша имѣетъ возможность произвесть звукъ опредѣленнаго тона, но этого звука нѣтъ, пока по клавишѣ не ударили; а чуть только она получитъ ударъ,—сейчасъ явится опредѣленный звукъ; если вслѣдъ за этимъ ударить другую клавишу,—получится другой звукъ и т. д.

Послѣдовательность звуковъ при игрѣ на фортепiано обусловливается тѣмъ, въ какой послѣдовательности смѣнялись клавиши, приводимыя въ движенiе. Спрашивается, чѣмъ же обусловливается послѣдовательность въ возстановленiи представленiй изъ запаса въ интеллектѣ? Это обусловливается, какъ мы уже знаемъ, законами ассоцiацiи представленiй или идей. Что же лежитъ въ основѣ этихъ законовъ? По всей вѣроятности то, что связи, существующiя между отдѣльными нейронами коры, не одинаковы: одни нейроны сочетаны между собою менѣе тѣсно, другiе болѣе; осево-цилиндрическiе отростки однихъ своими коллятералями то тѣсно соприкасаются съ протоплазматическими другихъ, находятся своими концами очень близко другъ къ другу,—то наоборотъ разстоянiя между ними становятся велики. Вслѣдствiе этого возбужденiе, возникшее въ какой нибудь клѣткѣ А, вызоветъ возбужденiе въ другой клѣткѣ В, а не вызоветъ въ клѣткѣ С, находящейся въ худшихъ условiяхъ для сочетанiя съ А.—Совершенно по той же схемѣ можно объяснить переходъ мысли отъ одного предмета къ другому, если для каждой мысли нужно допустить наличность дѣятельнаго состоянiя не одной только нервной клѣтки, а цѣлой группы. И въ такомъ случаѣ—мысль, которая обусловливается дѣятельнымъ состоянiемъ группы А, смотря по удобствамъ, представляемымъ въ данную минуту ходу иннервацiоннаго процесса, будетъ вызывать дѣятельное состоянiе то группы В, то группы С.

Мы знаемъ, что сочетанiе представленiй вообще совершается потому, что между ними есть что-либо общее. Это общее бываетъ иногда внѣшнее, случайное сходство или внутреннее, такъ сказать, болѣе глубокое. Сочетанiя по глубокому сходству большею частью называютъ логическими сочетанiями. Вотъ о нихъ-то и нужно теперь говорить.

Я уже говорилъ, что кромѣ ощущенiй и представленiй въ человѣческомъ интеллектѣ существуютъ еще понятiя. Я уже объяснялъ, что такое разумѣю я подъ названiемъ понятiя; поэтому здѣсь мнѣ остается сдѣлать только небольшiя добавленiя. Возьмемъ такой примѣръ: когда я вижу ключъ, которымъ отпираютъ замокъ, у меня является сочетанiе представленiй его формы, блеска, тяжести и т. п. и въ концѣ концовъ образуется сложное представленiе ключа. Но хотя это и сложное представленiе, а пока это еще все таки *только представленiе*. Но вѣдь я

могу говорить о ключѣ и не представляя себѣ форму этого ключа, а имѣя въ виду только *смыслъ* ключа, т.-е. предмета, при помощи котораго можно отворять то, что заперто.

Въ этомъ случаѣ „ключъ" будетъ уже не представленіемъ, а понятіемъ. Понятія образуются изъ конкретныхъ представленій, благодаря ихъ комбинаціи. Когда я увижу нѣсколько разъ одинъ и тотъ же предметъ и знаю, съ какими другими предметами этотъ предметъ находится въ соотношеніи, то у меня складывается не только образъ этого предмета, но я начинаю *понимать его значеніе*,—понимать, что составляетъ основной признакъ этого предмета; съ тѣмъ или другимъ образомъ предмета сочетается представленіе о смыслѣ, лежащемъ въ основѣ различія этого предмета отъ другихъ, о его значеніи и цѣли. Это и будетъ понятіе.

Нужно прибавить, что одно и то же слово можетъ обозначать и понятіе и представленіе. Напримѣръ я вижу знакомаго и говорю, что это—человѣкъ. „Человѣкъ" есть въ одно и то же время и представленіе, и понятіе: оно есть понятіе, если я подъ этимъ словомъ разумѣю не одинъ образъ человѣка, но и основные признаки человѣческаго существа; оно есть представленіе, если это слово пріурочивается только къ внѣшнему виду.

Я сказалъ, что понятія образуются изъ представленій благодаря комбинаціи послѣднихъ. Но комбинація эта должна совершаться съ большою степенью правильности для того, чтобы могли образоваться понятія. У высшихъ животныхъ существуютъ несомнѣнно представленія, и даже во множествѣ, но понятій у нихъ почти нѣтъ. Точно также у нѣкоторыхъ идіотовъ, напримѣръ, микроцефаловъ, можно встрѣтить обиліе представленій, но понятій у нихъ крайне мало, а иногда и совсѣмъ нѣтъ: у нихъ существуетъ комбинація представленій только чисто случайная, внѣшняя, по внѣшнему сходству или по совмѣстности и современности, а почти нѣтъ сочетаній *по смыслу*, а только такого рода сочетанія и лежатъ въ основѣ образованія понятій [1])

Это обстоятельство заставляетъ признавать, что въ головномъ мозгу нормальнаго человѣка должны быть еще особыя условія для того, чтобы сочетанія представленій совершались по ихъ смыслу. Повидимому условія эти находятся въ дѣятельности нѣкоторыхъ отдѣловъ коры, назначенныхъ для того, чтобы давать направленіе сочетаніямъ представленій между собою. Эти отдѣлы коры, вѣроятно, нахо-

---

[1]) См. объ этомъ въ моей работѣ: „Къ психологіи микроцефаловъ" Вопр. Псих. и Филос., 1894.

дятся въ передней половинѣ полушарій, въ лобныхъ доляхъ, потому что именно эти доли особенно развиты у нормальнаго человѣка, и наоборотъ у тѣхъ индивидуумовъ, у которыхъ почти нѣтъ понятій, напримѣръ, у микроцефаловъ, лобныя и темянныя доли развиты крайне недостаточно. Отъ нервныхъ клѣтокъ, залегающихъ въ этихъ отдѣлахъ, исходитъ импульсъ къ сочетанію представленій по смыслу, благодаря чему и образуются понятія.

Эти отдѣлы начинаютъ проявлять себя у человѣка очень рано: уже въ первые годы жизни нормальнаго ребенка мы замѣчаемъ у него неудержимое стремленіе къ разрѣшенію задачъ, представляющихся ему среди окружающихъ его явленій; оттого дѣти такъ часто и спрашиваютъ: „почему и зачѣмъ?“ Въ этихъ „почему“ и „зачѣмъ“ видны основныя свойства человѣческой психики — находить смыслъ въ окружающихъ предметахъ и сочетать замѣчаемыя явленія по ихъ значенію, по ихъ причинной зависимости другъ отъ друга.

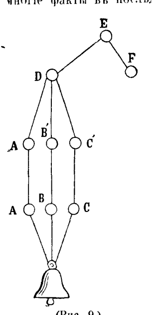
Благодаря этимъ основнымъ свойствамъ человѣческой душевной жизни, у человѣка образуется множество понятій. Какъ представленія, такъ и понятія, разъ образовавшись, не исчезаютъ, а благодаря памяти хранятся въ видѣ слѣдовъ и по мѣрѣ надобности возстановляются въ видѣ *идей*. Благодаря богатой ассоціаціонной связи между элементами, хранящими слѣды представленій и понятій, является возможность для образованія множества сужденій и умозаключеній, которыя, накопляясь мало-по-малу, даютъ человѣку возможность составить себѣ извѣстное представленіе объ окружающемъ его мірѣ и самомъ себѣ, о своемъ „я“ и составить извѣстное міровоззрѣніе. Этотъ процессъ образованія различныхъ сужденій и выводовъ о явленіяхъ мы называемъ процессомъ идеаціи; если онъ сопровождается сознаніемъ, то это и будетъ актъ мышленія.

При живой интеллектуальной дѣятельности мы сознаемъ въ себѣ живую смѣну идей. При этомъ, какъ уже мы знаемъ и какъ каждый можетъ убѣдиться на себѣ, смѣна идей происходитъ не безсвязно, а въ извѣстной послѣдовательности.

Мы уже знаемъ, что вообще смѣна представленій и идей обусловливается ассоціаціонною связью, существующею между элементами коры. Но вѣдь такъ какъ каждый нейронъ имѣетъ очень многочисленныя сочетанія, то по волокнамъ, составляющимъ ассоціаціонную систему, иннерваціонный процессъ, т. е. послѣдовательное появленіе возбужденія, можетъ идти по разнообразнымъ путямъ. Спрашивается, почему же онъ выбираетъ одинъ путь, а не другой? Нужно думать, что выборъ пути зависитъ отъ двухъ условій — отъ интенсивности ассоціативной

связи между отдѣльными элементами и отъ направляющей силы самого интеллекта.

Что касается до перваго фактора, то, по всей вѣроятности, свободнѣе всего идетъ возбужденіе по путямъ, которые по условіямъ развитія (наслѣдственности и т. п.), представляютъ наименѣе препятствій для распространенія иннерваціоннаго процесса, а затѣмъ по тѣмъ путямъ, которые уже были когда-либо въ дѣйствіи; по той системѣ проводниковъ, по которой уже когда-нибудь шло возбужденіе, оно легче пойдетъ, чѣмъ по свѣжему пути, и чѣмъ чаще шло возбужденіе по тому или другому пути, тѣмъ болѣе вѣроятности, что и слѣдующія возбужденія пойдутъ по нему же. Благодаря этому, является возможность объяснить многіе факты въ послѣдовательной смѣнѣ идей.



(Рис. 9)

Представимъ себѣ, что человѣкъ получаетъ отъ колокола впечатлѣнія зрительныя и слуховыя. Является рядъ ощущеній, воспринимаемыхъ нервными клѣтками *A*, *B*, *C*. (Рис. 9). Положимъ въ *A* воспринято звуковое впечатлѣніе, въ *B* — формы колокола, въ *C* — его цвѣта, блеска и т. д. Всѣ эти ощущенія вызываютъ соотвѣтствующія представленія въ клѣткахъ *A′*, *B′*, *C′*, — о тонѣ звука (*A′*), о качествѣ формы (*B′*), о характерѣ металлическаго блеска (*C′*). Такъ какъ эти представленія возникли одновременно отъ одного внѣшняго стимула, то изъ сочетанія этихъ возбужденій является новое представленіе о колоколѣ гдѣ-нибудь въ *D*. *D* такимъ образомъ соединено путями ассоціаціонныхъ волоконъ съ представленіями о блескѣ, формѣ колокола и тонѣ, который онъ издаетъ. Теперь представимъ себѣ, что человѣкъ впослѣдствіи услыхалъ одинъ звонъ, не увидавъ колокола. Впечатлѣніе отъ *A* дойдетъ до *A′*, откуда—до *D*, а оттуда, по ассоціаціоннымъ путямъ, по которымъ возбужденіе уже шло ранѣе, до *B′* и *C′*. Тогда возникнетъ представленіе и о формѣ, и о металлическомъ блескѣ колокола.

Но мы можемъ себѣ представить дѣло еще сложнѣе: въ нашемъ примѣрѣ было такъ, что впечатлѣніе звона вызвало представленіе о колоколѣ. Но вѣдь я видѣлъ не одинъ колоколъ въ жизни. Поэтому представленіе колокола у меня имѣетъ очень много ассоціацій: оно соединено со всѣми тѣми представленіями, которыя были получены тогда, когда я видѣлъ какой-либо колоколъ.

Я, наприм., видѣть колоколъ, стоящій подлѣ Ивана Великаго, и вотъ представленіе колокола соединено съ E — представленіемъ царь-колокола, а представленіе его — съ Иваномъ Великимъ (F). Такимъ образомъ возбужденіе, вызванное въ слуховомъ аппаратѣ звукомъ, можетъ повести къ воспоминанію объ Иванѣ Великомъ.

Это обусловливается, какъ видно, тѣмъ, что элементы, хранящіе слѣды представленій, находятся въ богатой связи между собою — и по тѣмъ путямъ, по которымъ уже разъ шло возбужденіе, ему легче идти въ другой разъ. Такъ какъ возбужденіе скорѣе пойдетъ по путямъ, которые уже были въ дѣйствіи, чѣмъ по новымъ, то и является тотъ законъ ассоціаціи, что то, что̀ когда-нибудь было совмѣстно возбуждено, то и въ дальнѣйшемъ имѣетъ много шансовъ для совмѣстнаго возбужденія. Такимъ образомъ, послѣдовательное теченіе представленій по закону ассоціаціи обусловливается, по всей вѣроятности, облегченіемъ для прохожденія нервнаго возбужденія, существующимъ въ условіяхъ сочетанія нейроновъ между собою.

Этою гипотезой можно объяснить себѣ довольно хорошо всѣ законы ассоціаціи идей. При этомъ является, конечно, вопросъ: отчего, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, у одного и того же человѣка, но въ разное время, направленіе идей бываетъ то *одно*, то *другое?* Почему, наприм., звукъ колокола сегодня вызвалъ во мнѣ воспоминаніе объ Иванѣ Великомъ, а завтра — о какомъ-нибудь другомъ явленіи, наприм., о похоронномъ звонѣ? На это нужно отвѣтить такъ: каждый разъ путь возбужденія тотъ, который наиболѣе удобенъ ***въ данный моментъ.*** И тотъ путь, который представляетъ наименѣе препятствій сегодня, можетъ быть представить ихъ болѣе завтра. Поэтому сегодня у меня ходъ идей совершается въ одномъ направленіи, завтра — въ нѣсколько иномъ. Это можетъ находиться прямо въ зависимости отъ того, что степень близости и величина контакта конечныхъ развѣтвленій двухъ нейроновъ можетъ измѣняться — сегодня она иная, нежели вчера. Но при этомъ необходимо помнить, что существуютъ нѣкоторыя ассоціаціи настолько прочныя, что *постоянно* одно представленіе вызываетъ вслѣдъ за собою опредѣленное другое. Таковы всѣ хорошо заученныя сочетанія, всѣ привычки. Кромѣ того, у каждаго человѣка есть группа представленій, къ которымъ возбужденіе доходитъ особенно часто и которыя обладаютъ громадною силою направлять дальнѣйшій ходъ сочетанія по ассоціаціоннымъ путямъ. Таковы группы представленій, лежащихъ въ основѣ того, что̀ человѣкъ называетъ своимъ „я“; таковы и другія такъ называемыя „направляющія идеи“, составляющія основные принципы психической жизни даннаго человѣка.

Этимъ мы переходимъ уже въ область второго фактора, имѣющаго значеніе въ послѣдовательной смѣнѣ идей, къ вліянію направляющей силы интеллекта. Наблюдая за собою, мы можемъ придти къ заключенію, что мы сами можемъ придавать теченію мыслей то или другое направленіе: для того, чтобы обдумать что-либо послѣдовательно, мы ставимъ уму извѣстную задачу, *ставимъ цѣль*, къ которой и направляется сочетаніе идей. Такимъ образомъ, кромѣ сочетаній идей по простой ассоціативной связи, существуетъ еще сочетаніе идей подъ вліяніемъ особой направляющей дѣятельности ума. По всей вѣроятности, это та самая дѣятельность, благодаря которой происходитъ процессъ осмысленнаго сочетанія представленій, благодаря которому являются понятія. Я называю ее направляющей дѣятельностью ума. Она соотвѣтствуетъ тому, что Вундтъ называетъ апперцептивною дѣятельностью. Она повидимому присуща всякому нормально развитому человѣку и обусловливается функціей нервныхъ клѣтокъ, залегающихъ въ переднихъ (лобныхъ?) отдѣлахъ мозговой коры. Оттуда исходятъ импульсы, вліяющіе на направленіе иннерваціоннаго процесса по ассоціаціонной сѣти и склоняющіе его въ ту или другую сторону, смотря по тому, какая цѣль поставлена умомъ самому себѣ. Благодаря этому является послѣдовательный и болѣе или менѣе сообразный съ цѣлью рядъ сужденій и умозаключеній,—является то, что̀ мы называемъ въ безсознательной жизни цѣлесообразной идеаціей, а въ сознательной — актомъ послѣдовательнаго мышленія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ такимъ же путемъ являются и творческіе акты интеллектуальной дѣятельности, каковы—умственная дѣятельность геніевъ науки, поэтовъ и изобрѣтателей.

Говоря объ интеллектуальной дѣятельности, нельзя не сказать о той функціи полушарій головного мозга, которая имѣетъ чрезвычайно близкое отношеніе къ интеллектуальной дѣятельности именно—***объ актѣ рѣчи***. Что рѣчь имѣетъ весьма близкое отношеніе къ интеллектуальной дѣятельности, это — несомнѣнный фактъ: мы видимъ, что рѣчь развивается у ребенка тогда, когда развивается его умственная дѣятельность; у многихъ дѣтей съ врожденнымъ слабоуміемъ (идіотовъ) мы можемъ наблюдать, что степень умственнаго недоразвитія находится въ прямой пропорціональности съ недоразвитіемъ рѣчи: такъ, полные идіоты совсѣмъ не говорятъ, а при болѣе слабыхъ формахъ идіотизма рѣчь возможна, хотя обыкновенно представляетъ неправильности,—такимъ образомъ отношеніе рѣчи къ интеллектуальной дѣятельности несомнѣнно. Повидимому возможность ассоціировать понятія съ какими нибудь двигательными выраженіями, главнымъ образомъ при помощи языка и другихъ органовъ рѣчи, въ высшей степени облегчаетъ какъ запоминаніе и раз-

личеніе понятій, такъ и дальнѣйшее ихъ развитіе. Такъ, по крайней мѣрѣ, слѣдуетъ изъ наблюденій надъ дѣтьми, у которыхъ вслѣдствіе болѣзни нарушилась возможность образованія „двигательныхъ символовъ для понятій“ (въ формѣ рѣчи звуковой и мимической). Обученіе и воспитаніе такихъ дѣтей, какъ напр. Лауры Бриджменъ, о которой рѣчь будетъ ниже, начинало идти быстро тогда, когда воспитателямъ удалось развить сочетаніе понятій съ словесными образами.

Изъ курса нервныхъ болѣзней хорошо извѣстно, что полушарія головного мозга имѣютъ важное значеніе для акта рѣчи: пораженіе частей лѣваго полушарія вблизи 3-ей лобной извилины и insula Reilii вызываетъ всѣмъ извѣстное разстройство рѣчи въ формѣ афазіи. При этомъ оказывается, что человѣкъ теряетъ способность сочетать понятія со словами и ихъ выраженіями въ звукахъ и письменныхъ знакахъ. Повидимому, въ отдѣлахъ мозга, отъ пораженія которыхъ зависитъ афазія, происходитъ сочетаніе—черезъ посредство ассоціаціонныхъ волоконъ—понятій съ соотвѣтствующими звуковыми и зрительными представленіями и съ тѣми движеніями языка, губъ и рукъ, которыя нужны для составленія того или другого слова въ видѣ звука или письменнаго символа.

Наблюденія показываютъ, что это сочетаніе, свойственное нормальному человѣку, развивается не вдругъ, такъ какъ способность рѣчи является у человѣка постепенно. Ребенокъ сначала только прислушивается къ словамъ, и мало-по-малу въ его психикѣ происходитъ сочетаніе слышимыхъ имъ звуковъ съ соотвѣтствующими предметами. При этомъ самъ онъ рефлекторно шевелитъ губами и языкомъ и постепенно научается подражать слышимому имъ слову. Такимъ путемъ происходитъ съ одной стороны сочетаніе звуковыхъ образовъ съ представленіями и понятіями, а съ другой — сочетаніе ихъ съ импульсами къ соотвѣтствующимъ мышечнымъ актамъ.

Мѣстомъ, гдѣ происходятъ эти сочетанія и въ которомъ залегаютъ входящія въ рѣчевой механизмъ связи, служитъ лѣвое полушаріе и именно его 3-я лобная извилина, insula Reilii и верхняя височная извилина. При этомъ, какъ показываютъ наблюденія, повидимому въ височной долѣ заключены сочетанія понятій съ звуковыми образами, вслѣдствіе чего пораженіе этой доли сопровождается неузнаваніемъ словъ, глухотою на слова (surditas verbalis); въ 3-ей лобной извилинѣ находятся сочетанія словъ съ двигательными аппаратами рѣчи, вслѣдствіе чего при пораженіи этой доли, хотя слово и понимается, но человѣкъ лишается умѣнья подобрать нужное выраженіе для даннаго слова или понятія.

Центръ рѣчи повидимому чрезвычайно тѣсно соединенъ со всѣми

другими частями коры, хранящими слѣды представленій и понятій, вслѣдствіе чего у здороваго человѣка почти всякое воспроизведеніе представленій и понятій, всякая репродукція, ассоцируется хотя бы и со слабымъ возбужденіемъ центра рѣчи, вслѣдствіе чего мышленіе почти всегда сопровождается мысленнымъ говореніемъ. У нѣкоторыхъ людей это до такой степени рѣзко, что они при размышленіи громко разговариваютъ сами съ собою.

Повидимому аналогичныя ассоціаціи существуютъ въ головномъ мозгу и по отношенію сочетанія словъ съ ихъ символами зрительными и съ письменными знаками, такъ какъ при пораженіи нѣкоторыхъ отдѣловъ мозга замѣчается разстройство чтенія (**alexia**) и разстройство способности писать (**agraphia**). Гдѣ лежатъ центры для чтенія и письма, намъ въ точности не извѣстно, но въ виду того, что иногда разстройство способности читать и писать является отдѣльно отъ разстройства звуковой рѣчи,—нужно думать, что эти центры не вполнѣ совпадаютъ съ центрами собственно звуковой рѣчи.

Въ послѣдніе годы ученіе о локализаціи ассоціаціонныхъ процессовъ въ головномъ мозгу сдѣлало важный шагъ впередъ благодаря изслѣдованіямъ лейпцигскаго профессора **Flechsig**'а объ ассоціаціонныхъ и сочетательныхъ центрахъ въ корѣ полушарій. [1]) Этотъ ученый примѣнилъ къ изслѣдованію проводящихъ путей мозга свой методъ эмбріональнаго изслѣдованія, т. е. опредѣленія времени, когда у развивающагося зародыша начинають облекаться міэлиновой обкладкой волокна, находящіяся въ различныхъ отдѣлахъ мозговыхъ полушарій. Оказывается, что волокна обкладываются міэлиновой оболочкой далеко не въ одно и то-же время; такъ нѣкоторыя системы волоконъ обкладываются міэлиномъ еще въ концѣ утробной жизни, другія же лишь черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ рожденія. Благодаря этому, изслѣдуя мозгъ человѣческаго плода въ разные періоды жизни возможно установить, что волокна, хотя и находящіяся въ разныхъ отдѣлахъ мозга, принадлежатъ къ одной и той же системѣ, имѣющей опредѣленное физіологическое отправленіе. Съ другой стороны, такъ какъ нервное волокно въ мозгу только тогда можетъ считаться способнымъ выполнять свою функцію, когда оно уже покрыто міэлиновой обкладкой, то естественно заключить, что у ребенка, у котораго данная система волоконъ еще не имѣетъ ея,—дѣятельность соотвѣтствующихъ отдѣловъ мозга еще не проявляется; и дѣйствительно мы знаемъ, что часто физіологическіе процессы мозга у

---

1) Paul Flechsig, Die Localisation der geistigen Vorgänge Leipzig. **1896**. **Его-же** Gehirn und Seele, 2-te Auflage, **1896**

только что родившихся дѣтей развиты менѣе, чѣмъ у дѣтей болѣе поздняго возраста.

Примѣняя свой методъ изслѣдованія времени появленія міэлиновой обложки въ различныхъ системахъ волоконъ, имѣющихъ отношеніе къ психической сферѣ, Flechsig пришелъ къ заключенію, что раньше всего развивается система волоконъ идущихъ отъ заднихъ чувствующихъ корешковъ спинного мозга и соотвѣтствующихъ головныхъ нервовъ. Волокна этой системы покрываются міэлиномъ въ началѣ 8 и 9-го мѣсяцевъ утробной жизни и проходятъ чрезъ заднюю треть внутренней капсулы главнымъ образомъ къ области центральныхъ извилинъ и къ прилежащимъ областямъ; нѣсколько позднѣе покрываются оболочкой волокна, идущія къ парацентральной долькѣ, Аммоніеву рогу и gyrus fornicatus. Всю эту область Flechsig называетъ „сферой тѣлесныхъ ощущеній", такъ какъ она тѣсно связана съ ощущеніями отъ органовъ тѣла и прикосновенія. Нужно замѣтить, что Flechsig принадлежитъ къ числу ученыхъ, по мнѣнію которыхъ процессъ ощущенія тѣсно связанъ съ дѣятельностью коры полушарій. Если по его мнѣнію, нельзя отрицать, что нѣкоторыя ощущенія могутъ имѣть мѣсто и при отсутствіи полушарій, все-таки нельзя допустить объективированіе ихъ безъ участія мозговой коры. Поэтому отдѣльные участки мозговой коры и должны имѣть значеніе центровъ ощущеній. Область „сферы тѣлесныхъ ощущеній" является центромъ ощущеній положенія тѣла въ пространствѣ, ощущенія движеній рта и языка необходимыхъ для рѣчи, ощущенія движеній конечности и т. д., при разрушеніи центральныхъ извилинъ является потеря кинестетическихъ ощущеній, нарушается чувство мѣста, становится трудно опредѣлить форму предмета прикосновеніемъ рукой противоположной стороны; при пораженіи 3-й лобной извилины страдаетъ способность опредѣленія положенія органовъ, участвующихъ въ актѣ рѣчи; при пораженіи gyrus hippocampi и gyrus fornicatus страдаетъ чувствительность противоположной стороны тѣла. Такимъ образомъ, „сфера тѣлесныхъ ощущеній" есть по существу центръ общаго чувства и чувства прикосновенія. Эта область связана также цѣлымъ рядомъ волоконъ съ двигательными волокнами, идущими къ разнымъ двигательнымъ центрамъ и между прочимъ къ тѣмъ, которые имѣютъ отношеніе къ дыханію, кровообращенію и температурѣ тѣла. — Другія чувствующія области коры связаны съ обонятельными, вкусовыми, зрительными и слуховыми ощущеніями. Волокна, проводящія обонятельныя ощущенія въ корѣ покрываются міэлиномъ на 9-мъ мѣсяцѣ, и проходятъ къ основанію лобной и концу височной доли и прилежащимъ частямъ; область вкусовыхъ ощущеній Flechsig не могъ точно

опредѣлить, но полагаетъ, что она находится поблизости къ обонятельной (по Бехтереву въ operculum).

Система зрительныхъ волоконъ мозговой коры снабжается міэлиномъ почти непосредственно послѣ рожденія ребенка. Корковымъ зрительнымъ центромъ служитъ внутренняя поверхность затылочной доли и небольшая зона на наружной ея поверхности.

Волокна, проводящія слуховыя ощущенія, покрываются позднѣе другихъ и направляются къ височной долѣ. Flechsig помѣщаетъ слуховой центръ въ первой височной извилинѣ.

Нужно прибавить, что между волокнами, связанными со всѣми описанными корковыми центрами, находятся не только чувствующія, но и двигательныя, такъ что области этихъ центровъ по справедливости могутъ быть названы *чувствительно-двигательными областями,* а не только чувствующими.

Область такъ называемыхъ чувствующихъ центровъ коры полушарій занимаетъ далеко не все ея протяженіе. Значительно большая часть ея служитъ для другихъ цѣлей, именно для *сочетаній* возбужденій, происходящихъ въ отдѣльныхъ чувствующихъ центрахъ. Flechsig нашелъ, что значительная часть волоконъ этихъ отдѣловъ мозговой коры покрывается міэлиновой обложкой много позднѣе, чѣмъ волокна, несущія чувственныя возбужденія, а именно около 3-го мѣсяца по рожденіи и позднѣе. Направленіе этихъ волоконъ таковое, что заставляетъ предполагать, что въ нѣкоторыхъ частяхъ коры находятся узлы, въ которыхъ сочетаются между собою волокна изъ отдѣльныхъ чувствующихъ центровъ. Эти части коры Flechsig называетъ ассоціаціонными корковыми центрами (сочетательные узлы мозговой коры). Ими и обусловливается возможность совмѣстной, координированной работы отдѣльныхъ частей мозговой коры, лежащей въ основѣ душевной жизни.

Изъ этихъ сочетательныхъ центровъ одинъ названъ Flechsig'омъ заднимъ большимъ ассоціаціоннымъ центромъ (рис. 10 и 11). Онъ находится въ области теменныхъ, переднихъ затылочныхъ, 2-й и 3-й височныхъ извилинъ и въ прилежащихъ частяхъ, и служитъ для сочетанія возбужденій, исходящихъ изъ „сферы тѣлесныхъ чувствъ“ и сферы зрительныхъ и слуховыхъ ощущеній. При нарушеніи цѣлости областей, причисляемыхъ къ этому сочетательному узлу — является разстройство узнаванія (агнозія и апраксія), ослабленіе зрительнаго воображенія, разстройство способности читать (алексія), неспособность воспроизводить цвѣта, разстройство зрительной памяти и воображенія, неспособность вспоминать мелодіи, разстерянность, спутанность. Повидимому

въ этой области образуются сочетанія, связанныя съ тѣмъ, что мы называемъ ***содержаніемъ*** нашего ума и ***знаніемъ***.

Въ прилежащей части височныхъ долей и въ insula Reilii вѣроятно находится (по крайней мѣрѣ на лѣвой сторонѣ) сочетательный узелъ для слуховыхъ ощущеній, связанныхъ съ движеніями, участвующими въ актѣ рѣчи; тутъ же можетъ быть находится и сочетательный центръ для обонятельныхъ и вкусовыхъ ощущеній съ другими

Затѣмъ обширную область, занимающую большую часть лобныхъ долей, занимаетъ передне-лобный сочетательный узелъ. По всей

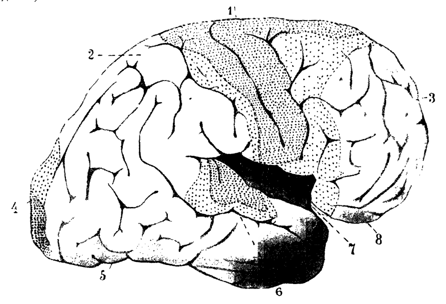


Рис 10

1. Сфера тѣлесной (осязательной) чувствительности. 2. Сочетательный центръ темянной доли (большой задній сочетательный центръ). 3. Сочетательный центръ лобной доли (передній сочетательный центръ). 4 Зрительная сфера 5. Сочетательный центръ затылочно-височной доли (большой затылочный сочетательный центръ) 6. Слуховая сфера. 7 Островокъ (средніи сочетательный центръ). 8. 3-ья лобная извилина.

вѣроятности, онъ имѣетъ наиболѣе тѣсное отношеніе къ чувствительно двигательной „сферѣ тѣлесныхъ ощущеній“. При пораженіи этого отдѣла положительное содержаніе знаній не страдаетъ, а нарушается ***цѣлесообразное пользованіе*** знаніемъ; является отсутствіе интереса, теряется активное вниманіе, способность осмышленія; при частичныхъ разстройствахъ этой области наблюдается измѣненіе того, что называется характеромъ. Все это заставляетъ считать, что данный отдѣлъ имѣетъ тѣснѣйшую связь съ волевыми актами личности

Въ той области, которая называется сферой тѣлесныхъ ощущеній, замѣчается также значительное число волоконъ, которыя какъ по направленію, такъ и по времени обложенія міэлиновой оболочкой подходятъ къ волокнамъ ассоціаціоннымъ. Особенно много такихъ волоконъ находится въ пограничной зонѣ этой сферы. Очень вѣроятно, что въ этой области происходитъ сочетаніе ощущеній, исходящихъ отъ собственнаго тѣла съ ассоціаціонными центрами—переднимъ и заднимъ, и чрезъ эту область оба эти большіе сочетательные узлы вліяютъ другъ на друга. Непосредственное отношеніе этой области къ ощущеніямъ

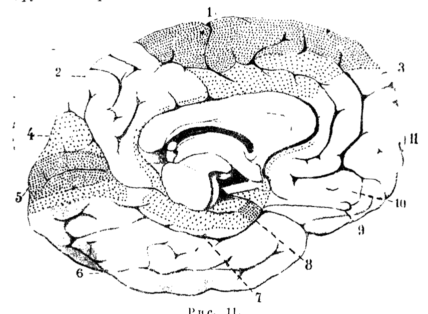


Рис. 11.

1. Сфера тѣлесной (осязательной) чувствительности. 2. Praecuneus (задній сочетательный центръ), 3. 1-ая лобная извилина 4. Cuneus 5. Зрительная сфера. 6 Сочетательный центръ затылочно-височной доли (задній большой сочетательный центръ). 7 Gyrus hippocampi 8. Обонятельная сфера (gyrus uncinatus). 9. Обонятельная луковица. 10. Gyrus rectus. 11 Сочетательный центръ лобной доли

собственнаго тѣла заставляетъ предполагать, что здѣсь-то и происходятъ сочетанія, связанныя съ ***представленіемъ о собственной личности***, съ ***самосознаніемъ*** и въ этомъ отношеніи эта часть является существенно необходимой для развитія душевной жизни; безъ ея участія не можетъ развиться и представленіе о собственномъ „я“. Нарушенія ея цѣлости ведетъ къ разстройству самосознанія и къ распаденію личности.

Таковы результаты изслѣдованій Flechsig'a, представляющіе значительный интересъ для объясненія механизма интелектуальной дѣятельности.

Кончая главу объ интеллектуальной дѣятельности, мы можемъ заключить ее слѣдующими положеніями и добавленіями:

1. Органомъ интеллектуальной дѣятельности служитъ головной мозгъ и главнымъ образомъ часть его полушарій, т. е. сѣрое вещество коры и подлежащее бѣлое вещество.

2. Благодаря существованію громаднаго количества ассоціаціонныхъ путей, всѣ элементы коры сочетаются между собою и потому въ интеллектуальной дѣятельности участвуетъ вся кора и отдѣльныя части коры могутъ повидимому замѣщать другъ друга; особенно могутъ замѣщать части одного полушарія соотвѣтствующія части другого.

3. Тѣмъ не менѣе можно считать доказаннымъ существованіе локализаціи отдѣльныхъ функцій въ мозговой корѣ. Въ пользу этого говорятъ и результаты физіологическихъ экспериментовъ надъ животными, и результаты изслѣдованія развитія нервной системы у ребенка и, наконецъ, клиническія и анатомо-патологическія наблюденія. Ученіе о локализаціи далеко еще не полно, но вышеизложенные взгляды указываютъ, что и теперь уже можно съ отдѣльными участками мозговой коры связывать отдѣльныя отправленія, имѣющія самое тѣсное отношеніе къ душевной дѣятельности.

4. Въ генезисѣ явленій интеллектуальной дѣятельности можно различать, такъ сказать, 3 этапа: первый—образованіе ощущеній, второй—представленій, третій — понятій.

Образованіе ощущенія связано ближайшимъ образомъ съ функціей субкортикальныхъ центровъ, лежащихъ въ частяхъ болѣе близкихъ къ мозговому стволу, хотя процессъ объективированія, перенесенія во внѣшній міръ, по всей вѣроятности есть уже функція коры полушарій. Ощущенія соотвѣтствуютъ раздраженіямъ, доходящимъ до центровъ изъ внѣшняго міра, или изъ самого организма. Послѣднія вызываютъ ощущенія общаго чувства, изъ которыхъ нѣкоторыя связаны съ функціей органовъ растительной жизни, наприм., ощущеніе голода, жажды и т. п.; другія—съ функціей двигательныхъ аппаратовъ, а третьи—съ внутренними процессами въ центральной нервной системѣ, *съ ходомъ психическихъ процессовъ*. На этотъ послѣдній источникъ ощущеній мы должны обратить особое вниманіе, потому что происходящія отсюда ощущенія находятся въ соотношеніи съ другими психическими явленіями, какъ наприм., съ эмоціями и тѣмъ, что называется сознаніемъ.

Второй этапъ интеллектуальныхъ явленій составляютъ представленія. Они образуются въ элементахъ *коры* полушарій изъ ощущеній и поэтому тѣсно связаны съ ними. О нѣкоторыхъ представленіяхъ мы хорошо знаемъ, какой категоріи ощущеній они обязаны своимъ проис-

хожденіемъ,—и потомъ называемъ ихъ соотвѣтственнымъ именемъ представленій зрительныхъ, слуховыхъ, осязательныхъ и т. п. Относительно же очень многихъ сложныхъ представленій мы этого не знаемъ, и только путемъ научнаго анализа можемъ догадываться объ ихъ источникѣ. Такъ, наприм., источникомъ пространственныхъ представленій служатъ главнымъ образомъ ощущенія осязательныя, мышечныя (движенія глаза), зрительныя и, м. б., ощущенія, получаемыя отъ нервныхъ окончаній въ полукружныхъ каналахъ лабиринта. О происхожденіи большинства другихъ сложныхъ представленій мы, однако, почти ничего не знаемъ, но какъ бы то ни было зависимость ихъ, правда иногда отдаленная, отъ ощущеній внѣ всякаго сомнѣнія. Это особенно важно знать врачамъ-психіатрамъ, такъ какъ часто приходится видѣть появленіе ложныхъ представленій въ прямой зависимости отъ измѣненія ощущеній.

Что касается до третьяго этапа интеллектуальныхъ явленій—понятій, то это, собственно говоря, такія же сложныя представленія, но въ нихъ сочетаніе элементарныхъ представленій совершилось по логической связи, т. е. по смыслу или целесообразности. Хотя для существованія понятій и необходимъ, по всей вѣроятности, импульсъ изъ переднихъ отдѣловъ полушарій, но это не значитъ, что сами понятія локализируются только въ лобныхъ доляхъ; они локализируются, по всей вѣроятности, во всѣхъ тѣхъ отдѣлахъ коры, въ которыхъ образуются и простыя представленія. Не нужно, впрочемъ, думать, чтобы и для образованія конкретныхъ представленій не нужно было направляющаго вліянія импульсовъ, исходящихъ, по всей вѣроятности, изъ лобныхъ отдѣловъ мозга. Только этимъ вліяніемъ мы и можемъ объяснить, что съ самаго зачатка образованія представленій изъ отдѣльныхъ ощущеній оно совершается съ опредѣленной закономѣрностью и правильностью въ цѣляхъ, которыя ставитъ потребность познаванія; но во всякомъ случаѣ интензивность направляющаго вліянія лобныхъ отдѣловъ должна быть гораздо больше для образованія отвлеченныхъ понятій, чѣмъ и обусловливается ихъ громадное развитіе у человѣка.

5. Повидимому дѣятельность тѣхъ или другихъ отдѣловъ центра психической функціи обусловливается дѣятельнымъ состояніемъ залегающихъ въ этихъ центрахъ нейроновъ, въ частности—нервныхъ клѣтокъ. Дѣятельное состояніе (иннерваціонный процессъ) достаточной интенсивности вызываетъ возстановленіе представленій и понятій въ сознаніи. При этомъ высшая точка напряженія дѣятельнаго состоянія постоянно переходитъ изъ одного пункта коры полушарій въ другое, вслѣдствіе чего въ сознаніи возстановляются то тѣ, то другія представленія и понятія. Это дѣятельное состояніе въ различныхъ отдѣлахъ коры вызы-

вается или возбужденіемъ извнѣ, подъ вліяніемъ внѣшнихъ стимуловъ, дѣйствующихъ на органы чувствъ, или переходомъ иннерваціоннаго процесса съ одного элемента коры на другой, благодаря ассоціаціоннымъ связямъ. При переходѣ *возбужденія по ассоціаціонной связи* имѣетъ повидимому большое значеніе то обстоятельство, что иннерваціонный процессъ особенно легко распространяется по путямъ, по которымъ уже шло когда-либо возбужденіе; если много разъ повторялось возбужденіе двухъ какихъ-либо элементовъ другъ послѣ друга, то наклонность къ повторенію этого послѣдовательнаго возбужденія становится очень велика.

Что за процессъ лежитъ въ основѣ дѣятельнаго состоянія центровъ психической дѣятельности, мы не знаемъ, но можемъ предполагать, что процессъ этотъ состоитъ въ какомъ-нибудь молекулярномъ измѣненіи нервныхъ клѣтокъ и происходящихъ отъ нихъ отростковъ и волоконъ. Это молекулярное измѣненіе связано, по всей вѣроятности, съ химическимъ измѣненіемъ состава нервныхъ элементовъ. Въ пользу этого говоритъ и тотъ фактъ, что изслѣдованіе центральной нервной системы съ примѣненіемъ окраски метиленовой синькой по способу Ниссля показываетъ, что въ клѣткѣ, находящейся въ дѣятельномъ состояніи измѣняется количество окрашивающагося вещества.—Это возможно только при измѣненіи химическаго состава клѣтки. Хотя эти изслѣдованія были произведены не на клѣткахъ головного мозга, но легко допустить, что тоже можетъ происходить и въ нихъ, и что въ нихъ также происходятъ молекулярныя химическія измѣненія. Какія именно эти измѣненія мы однако не знаемъ. Мы даже не знаемъ, происходитъ ли при этомъ распаденіе сложныхъ составныхъ частей нервной ткани или, наоборотъ, образованіе новыхъ, еще болѣе сложныхъ соединеній. Большинство авторовъ склоняется однако къ тому, что процессъ этотъ заключается скорѣе въ распаденіи, въ дезинтеграціи составныхъ элементовъ нервныхъ клѣтокъ подъ вліяніемъ усиленнаго притока кислорода къ тому участку коры, въ которомъ происходитъ въ данный моментъ работа.

Кислородъ, необходимый для дѣятельности нервныхъ элементовъ, приносится къ корѣ полушарій артеріальною кровью. Во время дѣятельнаго состоянія онъ потребляется въ большомъ количествѣ, и недостатокъ его сопровождается *упадкомъ мозговой и соотвѣтственно этому* психической дѣятельности. Это доказывается многочисленными фактами Такъ, наприм., извѣстно, что если перевязать артеріи, несущія кровь къ мозгу, то наступаетъ быстро прекращеніе интеллектуальной дѣятельности и развивается безсознательное состояніе; уменьшеніе притока

крови къ корѣ,— наприм., при общемъ малокровіи, при ослабленіи сердечной дѣятельности — вызываетъ обморочное состояніе и затуманеніе сознанія. Съ другой стороны, и чрезмѣрный притокъ артеріальной крови вызываетъ рядъ измѣненій, разстраивающихъ правильность психической жизни. Поэтому для правильнаго хода психической дѣятельности необходимо, чтобы притокъ артеріальной крови къ мозговой корѣ совершался правильно, и количество притекающей крови соотвѣтствовало бы потребности въ данную минуту: такъ, къ тому участку мозговой коры, который въ данную минуту работаетъ, долженъ быть болѣе сильный притокъ крови и вмѣстѣ съ нею кислорода, а къ другому, не работающему, меньшій.

Эта правильность притока крови къ мозговой корѣ достигается весьма цѣлесообразнымъ устройствомъ кровеносной системы коры. Какъ извѣстно, артеріи выпуклой поверхности полушарій, пройдя черезъ оболочки, входятъ въ самый мозгъ отдѣльными стволиками перпендикулярно къ поверхности мозга. Войдя въ кору и въ подлежащее бѣлое вещество, артерійки анастомозируютъ между собою, вслѣдствіе чего и образуютъ сѣть чрезвычайно обильно сообщающихся между собою сосудовъ. Этимъ обстоятельствомъ устраняется возможность случайной анэміи какого-нибудь отдѣльнаго участка мозговой коры отъ какого-нибудь мѣстнаго препятствія току крови. Этимъ, такъ сказать, гарантируется равномѣрность притока крови къ мозговой корѣ. Съ другой стороны, просвѣтъ самыхъ мелкихъ сосудовъ, приносящихъ кровь къ мельчайшимъ участкамъ мозговой коры, находится повидимому въ зависимости отъ того, находятся ли въ состояніи работы или покоя нервные элементы, которые нуждаются въ этой крови и въ ея кислородѣ. Гольджи предполагалъ, что нѣкоторые изъ отростковъ нервныхъ клѣтокъ идутъ къ мельчайшимъ сосудикамъ, и такимъ образомъ сама нервная клѣтка можетъ вліять на суженіе или расширеніе просвѣта сосудика и, слѣдов., регулировать количество приносимой къ ней крови, смотря по потребности въ ней. Но это воззрѣніе не нашло себѣ подтвержденія. Нѣсколько болѣе вѣроятно воззрѣніе R. y Cajal'я, который приписываетъ большую роль въ регулированіи питанія нервныхъ элементовъ — неврогліи.

Какъ извѣстно, значительную часть головного мозга занимаютъ элементы неврогліи — характерныя клѣтки паукообразной формы (Дейтерсовы клѣтки, астроциты) и волокна, фибриллы. До сихъ поръ нельзя считать еще рѣшеннымъ вопросъ, насколько элементы нейрогліи должны быть причислены къ элементамъ нервной или соединительной ткани. По послѣднимъ изслѣдованіямъ Вейгерта волокна нейрогліи составля-

ютъ часть совершенно независимую отъ клѣтокъ; волокна повидимому имѣютъ несомнѣнно характеръ соединительно-тканный. Но нельзя того же сказать объ клѣточныхъ элементахъ нейроглiи; ихъ происхожденiе недостаточно выяснено; одни авторы считаютъ ихъ за соединительно-тканные элементы, другiе—за измѣнившiяся клѣтки цилиндрическаго эпителiя, одѣвающаго центральный спинной каналъ и желудочки мозга,—третьи—за элементы чисто нервные, хотя и отличающiеся отъ тѣхъ нервныхъ элементовъ, какiе представляютъ изъ себя нейроны. Физiологическое значенiе клѣточныхъ элементовъ нейроглiи тоже далеко не выяснено; несомнѣнно одно—что при патологическихъ процессахъ, соединенныхъ съ уничтоженiемъ нейроновъ и ихъ частей,—элементы нейроглiи, волокна и клѣтки, увеличиваются въ числѣ, и въ данномъ участкѣ головного или спинного мозга является то, что называется „склерозомъ“. Какую роль играютъ они при нормальныхъ условiяхъ—можно рѣшать лишь гадательно. Нѣкоторые авторы предполагаютъ между прочимъ, что они служатъ для защиты чисто нервныхъ элементовъ отъ внѣшнихъ воздѣйствiй, другiе—что они служатъ для воспрепятствованiя отросткамъ нейроновъ входить въ ненужныя сочетанiя. Но противъ этого мнѣнiя (котораго держится R. y Cajal) справедливо возражаетъ Вейгертъ, говоря, что въ такомъ случаѣ странно, почему элементы нейроглiи находятся въ особенномъ обилiи въ бѣломъ веществѣ мозга, гдѣ и безъ того волокна хорошо изолированы мiэлиновой оболочкой, и, напротивъ, ихъ меньше въ сѣромъ веществѣ, гдѣ отростки лишены мiэлина и гдѣ они перепутываются чрезвычайно.

По взглядамъ R. y Cajal'я, роль клѣточныхъ элементовъневрологiи очень важная и имѣющая тѣсное отношенiе къ психической дѣятельности Этотъ ученый различаетъ три вида клѣтокъ невроглiи: клѣтки бѣлаго вещества, периваскулярныя и клѣтки сѣраго вещества. Перваго рода клѣткамъ приписывается роль элементовъ, раздвигающихъ и изолирующихъ нервныя волокна другъ отъ друга; онѣ же, можетъ быть, облегчаютъ циркуляцiю лимфы въ мозгу. Периваскулярныя клѣтки нейроглiи находятся въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ капиллярами сѣраго вещества; отростки клѣтокъ внѣдряются въ сосуды и направляются къ наружной поверхности ихъ эндотелiя. R. y Cajal не придаетъ этимъ элементамъ значенiя лишь пассивныхъ органовъ, служащихъ какъ бы буферами, для защиты сосѣднихъ нѣжныхъ нервныхъ элементовъ отъ быстраго расширенiя сосудовъ, а приписываетъ активную роль — влiянiе на суженiе и расширенiе просвѣта сосудовъ, и соотвѣтственно этому на большiй или меньшiй притокъ крови къ отдѣльнымъ участкамъ мозговой

коры, съ чѣмъ связана и большая или меньшая интенсивность процессовъ психическихъ.

Еще больше отношеніе къ психическимъ процессамъ имѣютъ по R. y Cajal'ю невроглійныя клѣтки, залегающія въ сѣромъ веществѣ; здѣсь онѣ, залегая между развѣтвленіями нейроновъ, своими многочисленными отростками могутъ раздвигать отростки нейроновъ и прерывать происходящіе контакты: при нѣкоторыхъ условіяхъ отростки клѣтокъ нейроглiи коротки и малы, и тогда контактъ между отростками двухъ нейроновъ можетъ имѣть мѣсто; при другихъ условіяхъ отростки клѣтокъ нейроглiи вытягиваются, даютъ вторичныя и третичныя развѣтвленія, вслѣдствіе чего отростки нейроновъ, между которыми онѣ залегаютъ, раздвигаются и контактъ осево-цилиндрическихъ отростковъ съ протоплазматическими прекращается. Тогда прекращается и распространеніе возбужденія и наступаетъ недѣятельное состояніе нейроновъ. Такимъ образомъ, благодаря то сокращенію, то удлиненію отростковъ клѣтокъ невроглiи является то дѣятельное, то недѣятельное состояніе мозговыхъ нервныхъ клѣтокъ и въ томъ числѣ психическихъ. Благодаря удлиненію отростковъ элементовъ невроглiи можетъ, согласно этому взгляду, быстро наступить прекращеніе психическаго процесса,—чѣмъ довольно удачно объясняется наступленіе сна.

Такимъ образомъ, психическая дѣятельность находится по R. y Cajal'ю въ большой зависимости отъ сокращенія и увеличенія длины и количества отростковъ клѣтокъ невроглiи. Въ свою очередь, это измѣненіе длины и количества отростковъ происходитъ или автоматически, или подъ вліяніемъ усилій воли. Съ этимъ послѣднимъ предположеніемъ трудно согласиться, если желать видѣть существованіе прямого воздѣйствія воли на клѣтки нейроглiи. Но его можно допустить, если признать, что импульсы воли могутъ вліять на состояніе клѣтокъ невроглiи—посредственно, черезъ вліяніе на количество притекающей къ нимъ питательной плазмы и съ нею кислорода. Измѣненія же въ составѣ питательной плазмы могутъ совершенно автоматически вызывать то растяженіе, то сокращеніе отростковъ клѣтокъ невроглiи. Хотя мнѣнія R. y Cajal'я о вышеизложенномъ значеніи нейроглiи далеко не всѣми признаются, — да и онъ самъ въ послѣднее время не очень отстаиваетъ свои взгляды, высказанные въ 1891-мъ году, тѣмъ не менѣе они могутъ имѣть значеніе, какъ схема попытки объясненія того сложнаго механизма, который существуетъ въ мозгу для правильнаго регулированія дѣятельности нервныхъ элементовъ его, какъ путемъ непосредственнаго воздѣйствія на контакты между отростками,

такъ и путемъ вліянія на количество крови, притекающей къ нервнымъ элементамъ коры.

Значительный интересъ представляютъ воззрѣнія Мейнерта на тѣ приспособленія, которыя существуютъ для регулированія кровеобращенія во время умственной работы. Эти воззрѣнія въ существенныхъ чертахъ сводятся къ слѣдующему:

Въ основѣ умственной дѣятельности лежитъ процессъ корковыхъ ассоціацій При смѣнѣ представленій происходитъ постоянная смѣна въ интензивности дѣятельности различныхъ отдѣлахъ мозговой коры, такъ какъ при правильной умственной работѣ не всѣ части коры находятся одновременно въ дѣятельномъ состояніи, а въ то время, когда однѣ части усиленно работаютъ, другія—находятся въ состояніи относительнаго покоя, какъ бы во снѣ, изъ котораго выходятъ, когда ассоціаціонная смѣна приводитъ ихъ снова въ состояніе дѣятельное Тѣ части коры, которыя въ данную минуту находятся въ состояніи дѣятельности, должны усиленно тратиться и, слѣдовательно, усиленно питаться. Это достигается прежде всего тѣмъ, что по общему біологическому закону элементы, наиболѣе работающіе, притягиваютъ къ себѣ питательную плазму въ большемъ количествѣ, чѣмъ элементы, менѣе работающіе Такая „нутритивная аттракція" имѣетъ мѣсто и по отношенію къ работающимъ элементамъ мозговой коры: работающіе элементы притягиваютъ къ себѣ больше плазмы и усиленно всасываютъ изъ нея потребныя для нихъ кислородъ и другіе элементы. Но для мозговой коры дѣло регуляціи имѣетъ еще другія приспособленія Дѣло въ томъ, что отдѣльныя части мозговой коры имѣютъ по мнѣнію Мейнерта двоякую функцію: психическую (ассоціаціонную) и сосудодвигательную Благодаря этой послѣдней въ то время, когда данная часть мозговой коры работаетъ, къ ней кровь притекаетъ въ большемъ количествѣ, чѣмъ въ то время, когда она находится въ покоѣ; это достигается тѣмъ, что въ силу закона сохраненія энергіи нужно признать такое соотношеніе между психической функціей даннаго участка мозговой коры и ея сосудодвигательной, что, когда особенно сильна психическая работа, въ это время сосудодвигательная функція уменьшается, а въ связи съ этимъ сосуды данной области коры расширяются и къ ней приливаетъ въ большемъ количествѣ артеріальная кровь съ ея кислородомъ Въ свою очередь, вліяніе мозговой коры на сжатіе и расширеніе сосудовъ не непосредственное, а, по мнѣнію Мейнерта, происходитъ вслѣдствіе тѣхъ возбужденій, которыя посылаетъ кора къ сосудистому центру продолговатаго мозга: въ продолговатомъ мозгу существуетъ, какъ извѣстно, центръ, при возбужденіи котораго артеріи сжимаются, причемъ конечно происходитъ уменьшенный притокъ крови къ тканямъ, а слѣдовательно и къ элементамъ головного мозга Возбужденія, исходящія изъ мозговой коры, усиливаютъ сосудосжимающую дѣятельность центра продолговатаго мозга, поэтому чѣмъ больше возбужденія по направленію къ нему будетъ исходить изъ данной области коры, тѣмъ болѣе будутъ сжаты сосуды этой области и тѣмъ менѣе будетъ притекать къ ней артеріальной крови: наоборотъ, если сосудодвигательная функція мозговой коры будетъ слаба, то къ данному участку будетъ притекать больше крови по расширеннымъ сосудамъ. А такъ-какъ сосудодвигательная функція коры ослабляется именно во время умственной работы, то при ней то и будетъ происходить усиленный притокъ

питательнаго матеріала Благодаря этому является то, что при работѣ данной области коры происходитъ въ ней гиперемія, которую Мейнертъ называетъ функціональной“ Для нея онъ устанавливаетъ такую формулу:

Чѣмъ болѣе ассоціаціонная работа даннаго участка коры, тѣмъ менѣе сосудодвигательная работа этого участка, а соотвѣтственно этому менѣе сжимающее вліяніе сосудистаго центра въ продолговатомъ мозгу, вслѣдствіе чего притокъ крови къ данному участку коры усиливается, и обратно.

Изложивъ высказанное воззрѣніе, Мейнертъ продолжаетъ: „Основаніе того что функціональная гиперемія не покрывается одною силою нутритивной аттракціи возбужденныхъ нервныхъ элементовъ заключается въ томъ, что какъ вслѣдъ за работой мозга, такъ и во время самой работы происходитъ общее переполненіе мозговыхъ сосудовъ Иногда приливъ крови заходитъ даже за предѣлы мозга, чему доказательствомъ служитъ физіономическій фактъ появленія на лицѣ краски Покрасненіе обусловливается всегда чрезмѣрнымъ распространеніемъ ассоціаціоннаго процесса, при чемъ обиліе одновременно возбужденныхъ нервныхъ элементовъ нарушаетъ правильность хода мыслей, ибо дѣятельность сочетанія идей тѣмъ свободнѣе, чѣмъ менѣе сложна работа мозга, производимая въ данный моментъ.

Дѣвочка, говорящая на память стихи въ извѣстной ассоціативной послѣдовательности, не станетъ краснѣть, если она это дѣлаетъ въ присутствіи только своихъ сверстницъ; но она покраснѣетъ въ присутствіи монарха, придетъ въ замѣшательство и остановится Видъ монарха связанъ со множествомъ ассоціацій, которыя вызываются исключительно только его личностью и которыя заставляютъ возникать еще множество другихъ смутныхъ ассоціацій. Вслѣдствіе изобилія возбужденныхъ элементовъ мозговой коры развивается параличъ сосудистаго центра, въ зависимости отъ чего функціональная гиперемія становится несравненно больше, чѣмъ при простомъ чтеніи стиховъ. При этомъ одновременное возбужденіе множества отдѣльныхъ и разнородныхъ частей коры вызываетъ исходящее со всѣхъ сторонъ тормозящее вліяніе на сосудистый центръ настолько сильное, что оно распространяется и за предѣлы мозга, вызывая красноту лица; съ другой стороны отдѣльныя звенья ассоціацій, возникшихъ въ мозгу, тормозятъ другъ друга, въ результатѣ чего происходитъ путаница въ мысляхъ и замѣшательство“.

Но для правильной дѣятельности нервныхъ элементовъ коры недостаточно одной только правильности въ притокѣ питательнаго матеріала. Нужно еще нѣчто другое. Во время дѣятельнаго состоянія нервныхъ элементовъ коры, какъ я сказалъ, кровь приноситъ къ нимъ въ изобиліи кислородъ, въ результатѣ чего является та или другая психическая работа. Въ то же время образуется болѣе или менѣе значительное количество продуктовъ метаморфоза. Эти продукты, если они скопляются въ значительномъ количествѣ, могутъ мѣшать дальнѣйшей функціи, а при изобиліи ихъ могутъ даже дѣйствовать отравляющимъ образомъ на нервные элементы. Въ виду этого они должны своевременно удаляться изъ того участка коры, гдѣ они образовались Это достигается особымъ устройствомъ лимфатической системы коры.

Устройство ея таково: вдоль кровеносныхъ сосудовъ полушарій идутъ широкія лимфатическія пространства, пронизывающія кору и бѣлое вещество. Они проникаютъ до самыхъ мельчайшихъ отдѣловъ коры. Повидимому, самыя нервныя клѣтки окружены перицеллюлярнымъ лимфатическимъ пространствомъ, соединеннымъ съ тѣми, которыя идутъ вдоль сосудовъ; по нимъ то и совершается свободный истокъ лимфы— а съ нею и продуктовъ метаморфоза—въ лимфатическіе аппараты оболочекъ и въ субарахноидальное пространство, въ обширныя цистерны, находящіяся въ полости черепа. Току лимфы помогаютъ въ значительной мѣрѣ тѣ ритмическія колебанія, которыя совершаетъ мозгъ подъ вліяніемъ сердечнаго пульса и дыхательныхъ движеній.

Таково устройство аппарата, завѣдующаго удаленіемъ изъ полушарій продуктовъ метаморфоза. Правильность функціи этого аппарата чрезвычайно важна,—малѣйшее разстройство ея можетъ влечь за собою задержаніе продуктовъ обмѣна и, въ зависимости отъ этого, разстройство психической дѣятельности. По всей вѣроятности, въ патогенезѣ душевныхъ болѣзней это задержаніе продуктовъ обмѣна и ихъ токсическое дѣйствіе на нервную ткань имѣетъ очень большое значеніе. Впрочемъ это уже выходитъ изъ предѣловъ того, о чемъ идетъ рѣчь въ настоящее время, и касается не только интеллектуальной дѣятельности, а и другихъ сферъ психической жизни.

Къ изученію второй изъ этихъ сферъ, именно къ сферѣ душевныхъ чувствъ и эмоцій, мы и перейдемъ.

Душевныя чувства (эмоціи).

Какъ было сказано, благодаря интеллекту мы обладаемъ способностью *познавать* явленія, среди которыхъ мы живемъ, и познавать насъ самихъ. Другая сфера душевной дѣятельности—сфера эмоціональная, или сфера душевныхъ чувствъ—обхватываетъ собою состоянія, которыя даютъ намъ возможность ощущать тѣ перемѣны, которыя вызываются въ насъ самихъ различными испытываемыми нами впечатлѣніями.

Это можетъ быть всего яснѣе видно на слѣдующемъ примѣрѣ. Допустимъ, что меня кольнули булавкой; я, вопервыхъ, получаю ощущеніе укола, по которому я заключаю о свойствѣ предмета, вызвавшаго ощущеніе, т. е. о колющемъ инструментѣ; но, кромѣ того, чувствуется еще особенное непріятное чувство, чувство боли. Вотъ это непріятное чувство и есть выраженіе того, что испытываю *я самъ* отъ

этого предмета; наоборотъ, при ощущеніи умѣренной теплоты чувствуется кромѣ объективнаго теплового ощущенія еще и особое пріятное чувство согрѣванія; или другой примѣръ: я вижу умирающаго; кромѣ того, что я познаю извѣстный рядъ явленій, я испытываю еще и то, какъ представленія о страданіяхъ и смерти вліяютъ на меня, въ видѣ особаго непріятнаго чувства.

Изъ этихъ примѣровъ ясно, что въ сферу душевныхъ чувствъ или эмоцій должно входить ощущеніе того, какія измѣненія въ насъ самихъ производитъ то или другое впечатлѣніе, какую реакцію вызываетъ оно въ нашемъ собственномъ существѣ.

Различнымъ отношеніемъ нашего собственнаго существа къ тѣмъ или другимъ впечатлѣніямъ обусловливается различіе въ чувственномъ тонѣ, сопровождающемъ тѣ или другія ощущенія. Этотъ чувственный тонъ, сопровождающій ощущенія, лежитъ въ основѣ развитія душевныхъ чувствъ, подобно тому, какъ качество, локализація и интенсивность ощущенія ложатся въ основу развитія представленій и понятій.

Въ зависимости отъ чувственнаго тона всѣ чувства раздѣляются на 2 большія группы—***чувства пріятныя и непріятныя***, а въ свою очередь какъ пріятныя, такъ и непріятныя чувства имѣютъ еще множество подраздѣленій, смотря по своему оттѣнку, такъ наприм., чувство печали, разочарованія, чувство довольства, веселья и т. п.

Чувства, какъ пріятныя, такъ и непріятныя, вызываются самыми разнообразными впечатлѣніями. Они могутъ вызываться какъ ощущеніями, такъ и представленіями и понятіями.

Что касается до ощущеній, то чувства сопровождаютъ и тѣ ощущенія, которыя связаны съ низшими органами чувствъ, и тѣ, которыя связаны съ высшими. Изъ чувствъ, сопровождающихъ ощущенія, исходящія изъ внутреннихъ органовъ нашего тѣла, т.-е. ощущенія общаго чувства, образуются низшія, органическія чувства, каковы, напримѣръ, чувство голода, жажды, чувство полового возбужденія и т. п.

При обыкновенныхъ условіяхъ ощущенія изъ органовъ нашего тѣла испытываются нами довольно слабо, смутно, такъ что мы не можемъ опредѣлить ихъ въ раздѣльности; но они тѣмъ не менѣе сопровождаются чувственнымъ тономъ; этотъ чувственный тонъ отъ множества ощущеній слагается и даетъ общее чувство. При здоровьѣ это будетъ чувство физическаго благосостоянія—здоровья. Если же правильность ощущеній нарушена, то получается общее ощущеніе физическаго нездоровья. Чувствованіе этого рода носитъ названіе самочувствія. Близко къ чувствамъ, развившимся изъ общаго чувства, стоятъ чув-

ства, развивающіяся изъ ощущеній вкуса и обонянія. Они тоже принадлежатъ къ чувствованіямъ низшаго порядка.

Высшіе органы чувствъ—глазъ, ухо и отчасти осязаніе—даютъ чаще всего основаніе для чувствованій высшаго порядка. Мы знаемъ, что для насъ не безразличны впечатлѣнія, производимыя на насъ разнообразными слуховыми и свѣтовыми стимулами. Такъ, впечатлѣніе гармоничнаго сочетанія звуковъ пріятно, тогда какъ диссонансъ непріятенъ. Точно также нѣкоторые цвѣта рѣжутъ глаза, другие—пріятны. Эта разница въ отношеніи нашемъ къ различнымъ зрительнымъ и слуховымъ впечатлѣніямъ лежитъ въ основѣ очень многихъ высшихъ чувствъ. Это понятно изъ того, что высшія чувства вызываются въ насъ главнымъ образомъ представленіями, а масса представленій образуются главнымъ образомъ изъ ощущеній зрѣнія и слуха.

Высшія чувства бываютъ разнообразны по своему содержанію въ зависимости отъ того, съ какими представленіями и понятіями они связаны. Такъ, чувство гармоніи въ очертаніи формъ и сочетаніи цвѣтовъ составляетъ одно изъ высшихъ чувствъ, точно такъ же, какъ чувство музыкальное и т. п. Всѣ эти отдѣльныя чувства входятъ въ общее понятіе эстетическаго чувства, связаннаго съ представленіями красоты и изящества и съ понятіемъ „прекраснаго“.

Къ высшимъ чувствамъ относятся еще чувства—нравственное, логическое и религіозное.

Нравственное чувство вызывается представленіями, касающимися правильности поступковъ людей по отношенію другъ къ другу. Оно соединено съ понятіемъ добра и зла и выражается въ пріятномъ чувствованіи при представленіи или воспоминаніи о хорошемъ поступкѣ и въ непріятномъ — при представленіи о дурномъ. Наши собственные поступки тоже вызываютъ въ насъ то пріятное, то непріятное чувствованіе. Неправильность нашихъ поступковъ, несоотвѣтствіе ихъ съ тѣмъ, что мы считаемъ своимъ долгомъ, вызываетъ въ насъ непріятное чувство, чаще всего въ видѣ такъ называемыхъ упрековъ совѣсти.

Чувство логическое, называемое нѣкоторыми „интеллектуальнымъ“ чувствованіемъ, вызывается представленіями, вызываемыми сочетаніемъ идей. Если сочетаніе идей правильно, то это будетъ давать особенно пріятное ощущеніе истинности вывода; если оно неправильно—обратное. Оно связано съ понятіемъ истины и причинной зависимости явленій другъ отъ друга.

Религіозное чувство есть особенное чувство, вызываемое представленіями о безпомощности человѣка и связанное съ понятіемъ о высшемъ Началѣ, управляющемъ человѣкомъ и міромъ, и о вѣчности. Ре-

лигіозное чувство въ большей или меньшей степени присуще каждому нормальному человѣку, хотя проявляется въ разнообразныхъ формахъ, и иной разъ въ самыхъ рѣзкихъ проявленіяхъ, такъ называемаго, „атеизма" можно, при помощи тонкаго анализа, отмѣтить проявленія борьбы со скрытымъ и искусственно подавляемымъ религіознымъ чувствомъ. Это чувство, впрочемъ, нѣкоторыми разсматривается, какъ сочетаніе логическаго чувства съ нравственнымъ.

Таковы основныя категоріи душевныхъ чувствъ человѣка. Нѣкоторые психологи причисляютъ сюда еще другія, но это будетъ уже излишнее дробленіе, такъ какъ всѣ чувствованія, которыя мы испытываемъ, можно или заключить въ рамки выше перечисленныхъ чувствъ, или считать ихъ за комбинацію чувствованій различныхъ категорій: такъ напримѣръ, чувствованіе, вызываемое поэтическимъ произведеніемъ, можетъ быть очень сложно,—тутъ и эстетическое чувствованіе, и логическое, и нравственное, если въ основѣ лежитъ нравственная идея Чувство любви есть тоже очень сложное чувство, заключающее въ себѣ почти всѣ высшія чувствованія и иногда также одно изъ сильнѣйшихъ низшихъ (половое).

Любовь сама по себѣ, такъ же, какъ и ненависть и т. п., кромѣ элемента чувства, содержатъ еще, какъ свои составныя части, элементы влеченія, относящіеся къ волевой сферѣ. Въ наибольшей степени они достигаютъ степени, такъ называемыхъ, страстей. Нужно замѣтить, что нѣкоторые психологи причисляютъ большую часть страстей къ сферѣ чувствъ.

Вообще, генетическій анализъ различныхъ родовъ чувствованій даетъ возможность находить много сроднаго въ самыхъ разнообразныхъ чувствованіяхъ По существу, вся разница въ чувствованіяхъ сводится къ особому измѣненію нашего самочувствованія, сопровождающаго появленіе въ сознаніи тѣхъ или другихъ представленій или ощущеній. Эти измѣненія въ самочувствіи различаются нами чрезвычайно тонко· тотъ или другой оттѣнокъ въ самочувствіи и обозначается нами названіемъ того или другого чувства Всѣхъ разнообразнѣйшихъ оттѣнковъ самочувствія нельзя и перечислить: очень вѣроятно, что измѣненіе въ самочувствіи сопровождаетъ всѣ малѣйшія измѣненія въ нашей личности. Очень можетъ быть, что каждая отдѣльная мысль, каждое отдѣльное влеченіе вызываютъ особый оттѣнокъ въ нашемъ самочувствіи и по этому оттѣнку мы или различаемъ ихъ другъ отъ друга, или находимъ сходное между ними, если наше самочувствіе —при ихъ появленіи въ сознаніи— измѣняется однородно Я лично полагаю, что въ психологіи роль душевныхъ чувствъ, т. е эмоціональной сферы, громадна, даже въ сферѣ, такъ называемой, интеллектуальной дѣятельности· эмоціи суть сигналы тѣхъ измѣненій, которыя происходятъ въ нашей личности, а такъ какъ психическая дѣятельность есть безпрерывное измѣненіе въ личности, (и именно во всей личности такъ какъ представить себѣ психическій процессъ въ отдѣльной какой-нибудь части пси

хики, безъ участія всей личности въ ея совокупности, я не могу), то всегда психическая дѣятельность сопровождается сигналомъ въ видѣ той или другой эмоціи или измѣненія самочувствія въ широкомъ смыслѣ этого слова. Очень можетъ быть, что воспроизведеніе этихъ разнообразнѣйшихъ оттѣнковъ въ самочувствіи и лежитъ въ основѣ узнаванія хранящихся въ „памяти“ слѣдовъ протекшихъ событій или имѣвшихся когда-либо въ психикѣ мыслей и сужденій: мы испытываемъ то-же или сходное измѣненіе въ нашемъ самочувствіи, испытываемъ аналогичныя прежнимъ измѣненія нашей личности, какъ бы переживаемъ, хотя на мгновеніе и въ меньшей интенсивной степени, прежнія состоянія и потому, такъ сказать, отождествляемъ прошедшее съ настоящимъ, т. е устанавливаемъ сходство между прежнимъ событіемъ и его представленіемъ, сознаваемыхъ въ настоящее время

Чувствованія человѣка, при всей тонкости въ ихъ оттѣнкахъ и зависящемъ отъ этого разнообразіи, при обычномъ состояніи относительнаго душевнаго спокойствія, не бываютъ очень сильны, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ (при очень сильныхъ внѣшнихъ вліяніяхъ или при неподготовленности нашей души къ воспріятію какого-нибудь впечатлѣнія) они бываютъ особенно интенсивны и какъ бы выступаютъ изъ обыкновеннаго уровня. Въ такомъ случаѣ они носятъ названіе ***душевныхъ волненій*** или ***аффектовъ***. По существу они не отличаются отъ слабыхъ чувствованій удовольствія и неудовольствія, но отличаются отъ нихъ лишь по силѣ и по рѣзкости тѣхъ физическихъ явленій, которыя сопровождаютъ психическую сторону чувства; но для насъ аффекты представляютъ большой интересъ въ виду ихъ практической важности, а также потому, что анализъ ихъ даетъ ключъ къ пониманію эмоціональныхъ процессовъ вообще.

Аффектами называются состоянія печали, горя, радости, восторга, страха, гнѣва, смущенія, недоумѣнія, разочарованія, нетерпѣнія и другія аналогичныя измѣненія самочувствія. Многіе психологи дѣлятъ ихъ на пріятные (возбуждающіе, стеническіе) и непріятные (подавляющіе, астеническіе) или смѣшанные; смѣшаннымъ называется такой аффектъ, въ которомъ есть элементы пріятнаго и непріятнаго: таковъ, напримѣръ, аффектъ гнѣва. При аффектахъ замѣтно рѣзкое участіе не только чувства, но также и другихъ сторонъ психической дѣятельности—интеллекта и воли, а также и участіе физической сферы—мышечной, сосудодвигательной и выдѣлительныхъ функцій. Такъ, при аффектѣ печали—кромѣ испытываемаго непріятнаго чувства — отмѣчается, что и мысли текутъ медленно, несвободно, пріобрѣтаютъ мрачную окраску; воля большею частію угнетена, человѣкъ чувствуетъ себя какъ бы связаннымъ, вмѣстѣ съ тѣмъ замѣчается и какъ бы парализующее вліяніе чувства на произвольный двигательный аппаратъ—на мышцы разгибающія: спина согнута, голова опущена, лицо удлиняется

и суживается; голосъ становится слабый, подавленный; часто при этомъ человѣку трудно стоять на ногахъ, онъ долженъ сѣсть или прислониться. Рядомъ съ этимъ замѣчается сокращеніе сосудовъ, вслѣдствіе возбужденія вазомоторовъ: кожа блѣднѣетъ, является ощущеніе холода, чувство сухости во рту; при этомъ ощущается недостатокъ воздуха, чувство сжатія въ груди, потребность въ частыхъ и глубокихъ вдыханіяхъ. Нерѣдко, но не при самыхъ сильныхъ степеняхъ печали, является усиленное выдѣленіе слезъ. Если аффектъ печали продолжается долгое время — дни и недѣли, являются послѣдовательныя нарушенія въ питаніи органовъ: кожа сморщивается, волосы иногда сѣдѣютъ, человѣкъ худѣетъ.

При аффектѣ радости мы имѣемъ обратныя явленія—кромѣ чувствованія удовольствія, существуетъ быстрота въ теченіи мыслей, легкость, свобода психическихъ процессовъ, уменьшеніе волевыхъ задержекъ. Дѣятельность произвольныхъ мышцъ, особенно разгибателей, повышается, что отражается и въ приподнятіи головы, распрямленіи туловища и на оживленной мимикѣ лица, въ громкомъ голосѣ, въ наклонности къ усиленнымъ движеніямъ, разговору, крику, пѣнію. Мелкіе кровеносные сосуды расширяются, вслѣдствіе чего лицо краснѣетъ, человѣку становится жарко, увеличивается отдѣленіе слюны Продолжительное довольство и веселье ведетъ къ улучшенію общаго питанія, къ полнотѣ.

При аффектѣ страха, кромѣ тяжелаго подавляющаго чувствованія, замѣчается чаще всего остановка въ процессѣ мышленія, неспособность собрать мысли и рѣзкое паденіе воли; подъ вліяніемъ страха человѣкъ часто дѣлаетъ совершенно не то, что онъ хотѣлъ въ спокойномъ состояніи. Вмѣстѣ съ тѣмъ существуетъ ослабленіе произвольнаго двигательнаго аппарата, какъ при печали—до такой степени, что человѣкъ, охваченный ужасомъ, ослабѣетъ, дрожитъ и можетъ упасть, какъ парализованный, не будучи въ состояніи издать звука. Но рядомъ съ этимъ замѣчается то, чего обыкновенно не бываетъ при печали, именно судорожное сокращеніе непроизвольныхъ мышцъ, вслѣдствіе чего является непроизвольное мочеиспусканіе (какъ, напримѣръ, на извѣстной картинѣ Рембранта, изображающей похищеніе орломъ Ганнимеда), побужденіе къ испражненію, гусиная кожа, сжатіе въ горлѣ и т. п. Судорожное сжатіе сосудовъ тоже чрезвычайно рѣзко выражено—человѣкъ блѣднѣетъ, ощущаетъ ледяной холодъ; сердце усиленно бьется, иногда же останавливается, такъ что страхъ можетъ повести къ смерти. Были случаи, что подъ вліяніемъ страха люди очень быстро сѣдѣли или теряли всѣ волосы.

Аффектъ гнѣва, кромѣ своеобразнаго ощущенія раздраженія, негодованія и въ то-же время чувства своего превосходства въ сравненіи съ человѣкомъ, вызвавшимъ гнѣвъ и желаніе унизить его или причинить ему непріятность, сопровождается безпорядочнымъ ходомъ мыслей и разнузданными поступками. Усиленная иннервація произвольныхъ мышцъ выражается въ быстрыхъ движеніяхъ, отличающихся крайней безпорядочностью: топаніемъ, размахиваніемъ руками, крикомъ, иногда прыганіемъ, словомъ, цѣлымъ рядомъ движеній, дѣлающихъ человѣка похожимъ на неистоваго больного. Является наклонность шумѣть, стучать, разрушать, причинять боль не только другимъ, но и самому себѣ. Въ то-же время движенія нетверды, совсѣмъ не разсчитаны, рѣчь заикающаяся, запинающаяся, такъ что очевидно координація движеній совершенно разстроена. На ряду съ этимъ существуютъ рѣзко выраженные признаки расширенія кровеносныхъ сосудовъ—лицо краснѣетъ, глаза наливаются кровью.

Аффектъ смущенія, кромѣ непріятнаго чувствованія недостаточной увѣренности, сопровождаемаго неспособностью собраться съ мыслями и управлять своимъ вниманіемъ, выражается слабостью и невѣрностью произвольныхъ движеній (запинка въ рѣчи, размахиваніе руками, безцѣльное движеніе глазами, спотыканіе въ походкѣ, наклонность ронять предметы и пр.) и также неустойчивость вазомоторной системы (то блѣдность, то краснота лица, то чувство холода, то жара).

Аффектъ нетерпѣнія, кромѣ смѣшаннаго ощущенія нетерпѣливаго ожиданія, соединяется съ несвободнымъ теченіемъ мысли, наклонностью ея дѣлать скачки и поверхностные переходы, сопровождается неустойчивой, хотя и оживленной дѣятельностью произвольной мускулатуры (нетерпѣливый человѣкъ то встанетъ, то сядетъ, ходитъ, хватается за разные предметы) и судорожнымъ состояніемъ непроизвольныхъ мышцъ, отражающимся напр., на частыхъ позывахъ къ мочеиспусканію.

Разочарованіе—кромѣ смѣшаннаго чувства неудовлетворенія того, что соединено было съ представленіемъ пріятнаго и желательнаго—сопровождается нарушеніемъ плавности теченія мыслей, чувствомъ разслабленія и ослабленіемъ произвольныхъ движеній; въ этомъ отношеніи аффектъ разочарованія сходенъ съ печалью, но при этомъ нѣтъ судорожнаго сокращенія кровеносныхъ сосудовъ, какъ при печали.

Такимъ образомъ, разбирая различные аффекты, мы видимъ, что измѣненія душевнаго содержанія сочетаются въ нихъ съ рядомъ разстройствъ въ произвольныхъ движеніяхъ, въ непроизвольныхъ актахъ и въ сосудодвигательной сферѣ. Датскій врачъ Ланге [1]) представилъ та-

[1]) Г. Ланге. „Душевныя движенія“, С.-Петербургъ, 1896.

кую схему взаимнаго отношенія главнѣйшихъ аффектовъ и измѣненій въ физической сферѣ.

Уменьшеніе произвольной иннерваціи			Разочарованіе.
тоже	+	сжатіе сосудовъ	Печаль.
тоже	+	тоже + судорожное состояніе органическихъ мускуловъ . . .	Страхъ.
тоже	+	разстройство координаціи	Смущеніе
Увеличеніе произвольной иннерваціи	+	спазмы органическихъ мускуловъ. .	Нетерпѣніе.
тоже	+	расширеніе сосудовъ.	Радость.
тоже	+	тоже + разстройство координаціи.	Гнѣвъ.

Составивъ такую схему, Ланге спрашиваетъ, слѣдуетъ ли, какъ вообще принято, смотрѣть на физическія явленія лишь какъ на сопутствующія явленія, или въ нихъ-то и заключается суть аффективнаго состоянія, и приходитъ къ заключенію, что именно въ физическихъ явленіяхъ и заключается аффектъ: разстройство произвольныхъ движеній въ формѣ ослабленія, усиленія или инкоординаціи, спазмъ и разслабленіе непроизвольныхъ мышцъ и сосудовъ въ различной степени и въ разнообразномъ сочетаніи — все это отражается и на кровообращеніи въ мозгу, вызываетъ и измѣненіе самочувствія въ формѣ того или другого чувства, характеризующаго аффектъ. Это чувство является лишь сигналомъ тѣхъ измѣненій въ состояніи сосудовъ и произвольной иннерваціи, которыя бываютъ при, такъ называемыхъ, аффектахъ. Чѣмъ же вызываются эти измѣненія? — Они вызываются какъ непосредственными болевыми или пріятными раздраженіями, такъ и впечатлѣніями, влекущими за собою тѣ или другія представленія. Представленія же могутъ вызывать реакцію двигательную и сосудодвигательную, благодаря ассоціаціоннымъ связямъ въ головномъ мозгу. Что представленія дѣйствительно могутъ вызывать реакцію не только въ формѣ произвольныхъ движеній, но и въ формѣ движеній непроизвольныхъ и въ измѣненіи функцій сосудодвигательныхъ и секреторныхъ, доказывается многочисленными примѣрами гипнотическаго внушенія и случаевъ, когда подъ вліяніемъ мысли о болѣзни появлялись тѣ или другіе признаки, характеризующіе эту болѣзнь. Такъ, у одной истеричной (Луизы Лаго) подъ вліяніемъ религіозныхъ представленій являлись кровотеченія на тѣхъ частяхъ тѣла, которыя соотвѣтствовали мѣстамъ ранъ Спасителя; появлялись они притомъ въ извѣстные дни, именно по пятницамъ. Вліяніемъ представленій на сосудистые центры и двигательные центры объясняются и многіе

случаи чудесныхъ выздоровленій, напр., такихъ, которыми прославился въ послѣдніяа десятилѣтія Лурдъ во Франціи.

Таковы выводы, къ которымъ приводитъ анализъ главнѣйшихъ аффектовъ согласно взглядамъ Ланге. Легко можно представить, что и небольшія измѣненія самочувствія, почти незамѣтныя по внѣшнимъ проявленіямъ и не оставляющія насъ при самомъ спокойномъ, но бодрственномъ состояніи, вызываются тончайшими измѣненіями въ иннерваціи мускуловъ произвольныхъ и непроизвольныхъ и сопровождающими ихъ ощущеніями. Различныя комбинаціи этихъ внутренностныхъ, или, какъ ихъ иногда называютъ, эндогенныхъ ощущеній, даютъ намъ возможность отличать въ самихъ себѣ разнообразные процессы, лежащіе въ основѣ не только душевныхъ чувствъ различныхъ оттѣнковъ, но лежащіе въ основѣ интеллектуальной дѣятельности: послѣдовательное мышленіе, воспоминаніе, фантазированіе, напряженіе вниманія и пр.

Кромѣ теоретическаго значенія изученія аффектовъ, оно имѣетъ и довольно большое значеніе практическое. Мы увидимъ впослѣдствіи, что аффекты играютъ большую роль въ психіатріи. У нѣкоторыхъ лицъ они являются необыкновенно часто, у иныхъ хотя являются и не очень часто, но, когда являются, достигаютъ необыкновенной силы, доходятъ до степени умоизступленія; у нѣкоторыхъ же больныхъ, какъ мы увидимъ, состояніе сходное съ аффектомъ продолжается не короткое время, какъ при обыкновенныхъ условіяхъ, а очень долгое время,— является длительное аффективное состояніе.

Такъ какъ человѣкъ вращается постоянно среди предметовъ, дѣйствующихъ не одинаково на его эмоціональную сферу, и такъ какъ постоянно въ его сознаніи возникаютъ воспоминанія, связанныя то съ пріятными чувствованіями, то съ непріятными, понятно, что сумма чувствъ, которыя онъ испытываетъ въ данное время, не всегда одна и та же: иногда у него преобладаютъ пріятныя чувствованія, иногда — наоборотъ — непріятныя. Преобладаніе того или другаго чувства находится въ большой зависимости отъ того, что называется *душевнымъ настроеніемъ*. Каждый изъ насъ знаетъ, что бываютъ періоды, въ которые мы особенно наклонны къ грустному чувству, когда все вызываетъ у насъ чувство грусти, досады, раздраженія, — и бываютъ періоды, въ которые мы наклонны къ пріятнымъ чувствамъ и воспринимаемъ многое въ болѣе розовомъ цвѣтѣ, чѣмъ слѣдуетъ. Это обусловливается настроеніемъ; оно бываетъ пріятное и непріятное и зависитъ съ одной стороны отъ суммы тѣхъ эмоцій, которыя вызываются въ насъ дѣйствующими на насъ извнѣ явленіями, а съ другой — и можетъ-быть это главное — отъ суммы чувствованій, исходящихъ изъ органическихъ ощущеній. Наше настроеніе,

какъ каждый вѣроятно знаетъ, находится въ зависимости отъ чувствованія своего физическаго благосостоянія, отъ того, что называется самочувствіемъ. Очень часто при счастливыхъ окружающихъ его условіяхъ человѣкъ настроенъ непріятно только потому, что ощущенія изъ внутреннихъ органовъ, наприм., органовъ живота, вызываютъ непріятное самочувствіе. Это, какъ мы увидимъ, имѣетъ большое значеніе въ развитіи нѣкоторыхъ душевныхъ разстройствъ, наприм., ипохондріи. Нерѣдко однако мы при всемъ вниманіи къ самимъ себѣ не можемъ найти причины въ насъ самихъ, объясняющей измѣненіе настроенія; иногда-же мы ясно опредѣляемъ, что дурное настроеніе наше началось послѣ какого-нибудь полученнаго впечатлѣнія. Но и въ этихъ случаяхъ очень часто оказывается, что данное впечатлѣніе вызвало въ насъ дурное настроеніе потому лишь, что оно навело на мысль о чемъ-нибудь непріятномъ, — а оно потому и навело на мысль о непріятномъ, что мы уже были подготовлены измѣненіемъ нашего физическаго состоянія къ тому, чтобы вновь полученное впечатлѣніе сопоставилось именно съ непріятнымъ, съ которымъ оно при другомъ состояніи нашемъ и не сопоставилось бы. Нѣтъ, впрочемъ, сомнѣнія, что сильно непріятныя впечатлѣнія могутъ и сами по себѣ вызвать по иррадіаціи тѣ физическія измѣненія въ сосудистой системѣ, которыя лежатъ въ основѣ дурного или пріятнаго настроенія.

Познакомившись въ общихъ чертахъ съ явленіями, относящимися къ эмоціональной сферѣ, мы должны уяснить себѣ, съ какими физіологическими и анатомическими условіями связано появленіе душевныхъ чувствъ.

Это сдѣлать довольно трудно: наука въ этомъ отношеніи даетъ еще меньше указаній, чѣмъ по отношенію къ явленіямъ интеллекта. Основной фактъ, изъ котораго вытекаетъ объясненіе физіологической подкладки эмоцій, заключается въ томъ, что раздраженія, способныя вызвать непріятное чувство, вызываютъ по рефлексу сокращеніе круговыхъ мышцъ сосудовъ, сопровождающееся повышеніемъ кровяного давленія; наоборотъ, пріятныя раздраженія (легкія поглаживанія) не вызываютъ такого эффекта. Отсюда слѣдуетъ, что если человѣкъ будетъ испытывать непріятное чувство, то сосуды у него вообще будутъ сжаты, а если они будутъ сжаты вообще, то будетъ сжатіе сосудовъ и въ головномъ мозгу и, въ частности, въ корѣ полушарій.

Мы знаемъ уже, что сжатіе артерій коры влечетъ за собою уменьшеніе притока крови и съ нею кислорода къ нервнымъ элементамъ ея; кислородъ же нуженъ нервнымъ элементамъ коры для правильной функціи. Такимъ образомъ непріятныя раздраженія вызываютъ уменьшеніе

снабженія кислородомъ нервныхъ элементовъ коры и затрудненіе ихъ функціи. Это затрудненіе функціи, большая или меньшая степень заторможенности отправленій мозговой коры — *ощущается*, вызываетъ ощущеніе психической несвободы, немощности. Это ощущеніе и есть основное непріятное чувство, лежащее въ основѣ всѣхъ непріятныхъ чувствованій вообще. Можно предположить, что при раздраженіяхъ пріятныхъ сосуды коры, наоборотъ, расширяются, притокъ крови и съ нею кислорода къ элементамъ коры становится изобильнѣе, вслѣдствіе этого происходитъ облегченіе функціи коры, задержекъ становится меньше; ощущеніе этой легкости психическихъ процессовъ и есть основное пріятное чувство.

Эта теорія развитія первичнаго пріятнаго и непріятнаго чувства принадлежитъ Мейнерту, высказавшему ее задолго до вышеизложенныхъ воззрѣній Ланге на душевныя движенія, и хотя фактовъ въ основѣ ея лежитъ не очень много, но она пока единственная сколько-нибудь удовлетворительная теорія.

Съ нѣкоторыми добавленіями ею можно воспользоваться и для объясненія развитія ***высшихъ чувствъ***. Въ самомъ дѣлѣ, изъ того, что сейчасъ было сказано, можно заключить, что непріятныя раздраженія потому вызываютъ ***чувство страданія***, что они обусловливаютъ сжатіе сосудовъ, питающихъ центры психической дѣятельности, и уменьшеніе притока къ нимъ кислорода; это есть не что иное, какъ ощущеніе, такъ сказать, недостатка корковаго дыханія и того, что, вслѣдствіе этого недостатка, дѣятельность нервныхъ элементовъ затрудняется. — Что, дѣйствительно, дѣятельность нервныхъ элементовъ при такихъ раздраженіяхъ затрудняется, это доказывается, говоритъ Мейнертъ, хотя бы тѣмъ, что проведеніе болевыхъ раздраженій по спинному мозгу совершается въ 6 разъ медленнѣе, чѣмъ проведеніе тактильныхъ раздраженій. Такимъ образомъ понятно, отчего физическое болевое раздраженіе вызываетъ чувство страданія, т. е. непріятное чувство.

Но психологія съ достаточною убѣдительностью показываетъ, что высшія чувства въ своемъ основаніи имѣютъ въ большинствѣ случаевъ физическія чувствованія. Такъ, наприм., отчего намъ непріятны дисгармоничные звуки, а пріятны гармоничные? — Оказывается, что это оттого, что дисгармоничные обусловливаются такими сложными звуковыми колебаніями, въ которыхъ мало совпаденій волнъ, а гармоничные — такими, въ которыхъ этихъ совпаденій много; воспринимать первыя — уху болѣзненно, а вторыя — нѣтъ; такимъ образомъ, чувство гармоніи сводится на простую физическую легкость воспріятія, оттого оно и пріятно. То же самое по отношенію къ зрительнымъ обра-

замъ. Всѣмъ нравится симметрія; а почему? — потому что глазу физически легче сдѣлать равномѣрныя движенія по сторонамъ при обозрѣніи предмета, чѣмъ равномѣрныя. Отсюда уже не трудно вывести, что въ основѣ чувства, вызываемаго красотою формъ, лежатъ чисто органическія условія пріятнаго и непріятнаго чувствованія. То же самое можно сказать и объ удовольствіи отъ ритмическихъ звуковъ, отъ стихотворной риѳмы и т. п. Тоже самое можно сказать и о нравственномъ чувствѣ; и оно сводится къ тому, что при воспріятіи, наприм., того, что другого человѣка бьютъ, у человѣка является воспоминаніе о собственной боли при побояхъ, и это воспоминаніе сопровождается чувствомъ страданія; вслѣдствіе этого человѣкъ будетъ считать, что нанесеніе удара другому есть нѣчто непріятное, и это ляжетъ въ основу его обязанностей по отношенію къ другимъ людямъ.

Правда, въ дѣйствительности, конечно, генезисъ высшихъ чувствъ происходитъ несравненно тоньше и сложнѣе, чѣмъ въ представленной грубой схемѣ, но все-таки приведенные примѣры могутъ уяснить ходъ этого генезиса. Нужно думать, что мало-по-малу въ теченіе жизни многія представленія и понятія человѣка ассоцируются съ представленіемъ о боли, о страданіи; а потому, если когда-либо одно изъ такихъ представленій возникнетъ въ сознаніи, то сейчасъ возникнетъ и представленіе о страданіи, а какъ скоро возникнетъ представленіе о страданіи, то сейчасъ явится и представленіе физически непріятнаго чувствованія и, по ассоціаціи, то, что такъ тѣсно связано съ физическимъ непріятнымъ чувствомъ, — сжатіе кровеносныхъ сосудовъ и обѣднѣніе кровью и кислородомъ коры полушарій; результатомъ этого будетъ заторможеніе психическихъ процессовъ, а это будетъ ощущаться какъ настоящая боль, какъ непріятное чувство. Наоборотъ, другія представленія и понятія болѣе тѣсно ассоцированы съ представленіемъ физическаго довольства, а это представленіе тѣсно связано съ функцією сосудо-расширителей; сосуды коры расширяются, кровь приливаетъ въ большемъ количествѣ, съ нею больше кислорода; отсюда облегченіе функціи мозговой коры, облегченіе всѣхъ психическихъ актовъ, уменьшеніе задержекъ, что и ощущается въ формѣ чувства удовольствія.

Такимъ образомъ, при постоянномъ измѣненіи содержанія нашего сознанія, при смѣнѣ воспріятій и репродукцій постоянно будутъ происходить колебанія въ измѣненіи условій тончайшаго „дыханія" элементовъ коры, эти измѣненія будутъ ощущаться нами какъ измѣненія самочувствія съ самымъ разнообразнымъ оттѣнкомъ.

При обычныхъ условіяхъ эти колебанія въ кровообращеніи и снабженіи клѣтокъ коры кислородомъ и зависящія отъ нихъ непріятныя

или пріятныя чувствованія не очень велики. Но если вслѣдствіе какой нибудь причины, напримѣръ, вслѣдствіе, такъ называемаго, моральнаго потрясенія, колебаніе кровообращенія будетъ чрезвычайно велико, то получится въ результатѣ очень сильное чувствованіе и тѣ послѣдствія, которыми оно сопровождается, т. е. нарушеніе правильности теченія мыслей и прочія явленія, характеризующія душевное волненіе (аффектъ).

На основаніи этой теоріи легко объяснить, что такое пріятное или непріятное *настроеніе*: если подъ вліяніемъ какихъ-либо причинъ сосуды коры впродолженіе довольно долгаго времени сжаты и кислорода къ нимъ притекаетъ мало, то человѣкъ органически испытываетъ непріятное чувство — и потому воспріятія его окрашиваются въ мрачный цвѣтъ. Совершенно обратно будетъ, если подъ вліяніемъ другихъ причинъ клѣтки коры будутъ богато снабжаться кислородомъ; тогда будетъ предрасположеніе къ воспріятію всего въ розовомъ цвѣтѣ, т. е. будетъ пріятное настроеніе.

Нельзя, конечно, не сознаться, что представленная гипотеза физіологической подкладки эмоцій не основывается на очень прочныхъ фактахъ, но, какъ я сказалъ, она все-таки болѣе другихъ удовлетворительна.

Сфера воли.

3-ю сферу душевной дѣятельности составляетъ воля. Въ эту сферу относятся всѣ душевныя побужденія — влеченія, хотѣнія и различные акты, вызываемые мыслями и чувствами человѣка.

Каждый, наблюдая самъ надъ собою, знаетъ, что чувствованія, которыя онъ испытываетъ, и мысли, которыя проходятъ въ его головѣ, имѣютъ стремленіе, часто непреодолимое, выразиться въ какомъ-нибудь актѣ. Чувство радости и печали часто нельзя скрыть, потому что оно выразится и въ мышцахъ лица (въ мимикѣ), и въ измѣненіи тона голоса, и въ разныхъ другихъ движеніяхъ. Что касается до мыслей, то хотя ихъ стремленіе проявиться въ актахъ не такъ рѣзко замѣтно, но и оно несомнѣнно существуетъ. Это доказывается и тѣмъ, что иногда нервные люди во время процесса мышленія даже наединѣ не могутъ удержаться отъ разговора вслухъ. Прямые опыты проф. Сиро, произведенные для объясненія нѣкоторыхъ явленій, такъ называемаго, спиритизма (автоматическое писаніе), доказываютъ, что каждая мысль сопровождается соотвѣтствующими движеніями, напримѣръ, въ кисти руки: такъ, стóитъ внимательно представлять себѣ цифру 8, и рука, спокойно лежащая на бумагѣ и держащая карандашъ,

автоматически нарисуетъ цифру 8. На этомъ основаны фокусы съ такъ-называемымъ „чтеніемъ мыслей“, причемъ угадывающій (перципиентъ) ясно чувствуетъ тѣ толчки, которые производитъ, совершенно не сознавая этого, на него другое лицо (индукторъ) и которые прямо ведутъ его къ цѣли, о которой думаетъ индукторъ.

Какъ было указано выше, мысли наши проявляются и въ непроизвольныхъ движеніяхъ и въ вазомоторныхъ, и секреторныхъ измѣненіяхъ, что доказывается возможностью вызвать внушеніемъ не только красноту на кожѣ, но и появленіе пузырей, какъ бы отъ мушки, вызывая въ сознаніи ложное представленіе, что мушка поставлена.

Опыты съ чтеніемъ мыслей вообще представляютъ большой интересъ и помимо доказательства того, что всякая мысль наша имѣетъ непремѣнное стремленіе къ двигательному выраженію. Опыты эти производятся въ самомъ простомъ видѣ такъ: экспериментаторъ проситъ лицо, надъ которымъ производится опытъ, задумать какой-нибудь предметъ, находящійся въ комнатѣ и положить свою руку на руку экспериментатора. Черезъ короткое время экспериментаторъ начинаетъ чувствовать, какъ рука, лежащая на немъ начинаетъ его толкать и направлять именно къ задуманному предмету. Самъ экспериментируемый рѣшительно не сознаетъ производимыхъ имъ толчковъ и утверждаетъ, что не только онъ не толкалъ, а на оборотъ чувствовалъ, какъ его вело лицо, производившее опытъ. Взявши въ свою руку пальцы экспериментируемаго, можно, внимательно воспринимая толчки и задержки, производимые помимо своей воли и сознанія испытуемымъ, найти задуманную имъ книгу, въ ней задуманную страницу, строку и даже слово, конечно при условіи, если это лицо само слѣдитъ за процессомъ отыскиванія. Множество явленій, такъ называемаго, спиритизма объясняются этой-же непреодолимой тенденціей нашихъ мыслей выражаться въ соотвѣтствующемъ двигательномъ актѣ, при чемъ весь процессъ можетъ происходить ниже уровня сознанія, вслѣдствие чего принимающіе въ опытѣ участіе лица не только не сознаютъ своихъ дѣйствій, но даже искренно отрицаютъ ихъ. Всего проще такіе опыты производятся при помощи, такъ называемаго, столоверченія: обыкновенно предварительно условливаются, что тому или другому числу постукиваній соотвѣтствующей ножки стола присвоивается значеніе той или другой буквы алфавита: принимающіе участіе въ опытѣ садятся около стола и слегка накладываютъ на край стола руки. Задается какой нибудь вопросъ, и черезъ нѣсколько времени столъ начинаетъ колебаться, и ножки его стучать. Если опытъ идетъ успѣшно, то переводя постукиванія стола на условный алфавитъ, можно получать сложные и часто очень мѣткіе отвѣты. При этомъ однако сидящіе за столомъ не только не чувствуютъ своего участія въ составленіи отвѣта, но не сознаютъ и производимыхъ ими толчковъ, заставляющихъ столъ двигаться. Между тѣмъ столъ несомнѣнно толкается ими, что доказано Фарадеемъ, сдѣлавшимъ особое приспособленіе, которымъ отмѣчалось направленіе и сила дѣйствующихъ на столъ толчковъ; но такъ-какъ эти толчки производятся участниками безсознательно, то они не чувствуютъ ихъ. Точно также въ безсознательной области слагаются и мысли, передаваемыя чрезъ посредство толчковъ стола: это видно уже изъ того, что слова эти представляютъ собою всегда то, что можетъ быть содер-

жаніемъ душевной жизни хотя бы одного изъ участниковъ опыта; они часто и по формѣ соотвѣтствуютъ манерѣ рѣчи одного изъ участниковъ. Слова и мысли, диктуемые столомъ, составляютъ такимъ образомъ обнаруженіе тѣхъ идей, которыя хотя и находятся въ запасѣ душевнаго содержанія одного или нѣсколькихъ участниковъ, но часто даже не сознаются ими и выводятся наружу къ величайшему удивленію и даже вопреки волѣ ихъ обладателя. Я знаю случаи, когда на вопросъ о свойствахъ какой-нибудь особы столъ диктовалъ такой непривлекательный отзывъ, что участники крайне конфузились и готовы были, если-бы могли, измѣнить отвѣтъ, но не могли сдѣлать этого, потому-что слова выражались противъ ихъ воли, хотя въ дѣйствительности и соотвѣтствовали мнѣнію участниковъ опыта о лицѣ, относительно котораго былъ поставленъ вопросъ. При такого рода экспериментахъ легко убѣдиться, что процессъ идеаціи въ весьма значительной части своей нами вовсе не сознается, и что въ области безсознательной происходятъ чрезвычайно сложныя и иногда очень правильныя комбинаціи мыслей. Такъ, мнѣ нѣсколько разъ приходилось быть свидѣтелемъ того, какъ составлялись весьма не дурныя стихотворенія на заданную тему, какъ пріискивались весьма остроумныя опредѣленія характеровъ того или другого лица. Далѣе, мнѣ приходилось убѣдиться, что при помощи этого способа изъ безсознательной жизни извлекались воспоминанія о такихъ впечатлѣніяхъ, которыя казались уже совсѣмъ забытыми или которыя даже при ихъ полученіи не оставляли сознательнаго слѣда. Такъ, въ одномъ случаѣ ударами ножки стола было продиктовано стихотвореніе, которое казалось всѣмъ присутствующимъ совершенно незнакомымъ; былъ заданъ вопросъ, откуда это стихотвореніе, на что полученъ былъ отвѣтъ съ указаніемъ только-что полученной книжки журнала. Одно изъ участвовавшихъ въ опытѣ лицъ просматривало эту книжку, вѣроятно, видѣло и стихотвореніе, но сознательно не запомнило его; между тѣмъ стихотвореніе все таки запечатлѣлось въ безсознательной области и вызвало двигательное обнаруженіе при условіяхъ благопріятныхъ для проявленія автоматической душевной дѣятельности. Само собою разумѣется, что если бы въ опытахъ, о которыхъ я говорю, не была-бы устранена малѣйшая возможность обмана, то я не считалъ-бы себя въ правѣ ихъ здѣсь приводить. Я и привожу лишь самыя простые опыты изъ этой интересной области, лично провѣренные мною,—оставляя въ сторонѣ болѣе сложныя, которыя я не имѣлъ возможности провѣрить такъ, какъ это считалъ необходимымъ.

И такъ несомнѣнно, что чувствованія и идеи обладаютъ стремленіемъ къ проявленію себя въ какомъ-нибудь двигательномъ актѣ. Всѣ явленія, въ которыхъ выражается стремленіе къ проявленію душевной жизни въ какомъ-нибудь актѣ, составляютъ то, что называется сферою воли. Самое стремленіе душевнаго содержанія выразиться въ различныхъ актахъ сопровождается измѣненіемъ самочувствія, различнымъ по качеству и интенсивности, которое и даетъ намъ представленіе о различной интенсивности и различномъ характерѣ стремленія; смотря по этому, въ однихъ случаяхъ мы называемъ это стремленіе побужденіемъ, потребностью, въ другихъ—влеченіемъ и желаніемъ, въ третьихъ—хотѣніемъ.

Такъ какъ каждая мысль и каждое чувствованіе вызываютъ у человѣка то или другое стремленіе, то въ человѣческой душѣ существуетъ всегда масса стремленій разнаго рода и разной интенсивности. Интенсивность стремленій находится въ большой зависимости отъ чувствованій (эмоцій), ихъ вызывающихъ. Чѣмъ чувство (эмоція) сильнѣе, тѣмъ и стремленіе къ проявленію его въ двигательномъ актѣ больше. Особенно часто вызываютъ чрезвычайно сильныя стремленія органическія чувствованія, какъ напримѣръ, голодъ и т. п.; вызываемыя ими стремленія часто непреодолимы; они носятъ названіе органическихъ потребностей. Иногда и высшія чувства могутъ вызывать чрезвычайно интензивныя стремленія къ проявленію; особенно часто они вызываютъ непреодолимыя побужденія, если являются въ сочетаніи съ низшими чувствами (напримѣръ, половая любовь); эти почти непреодолимыя побужденія называются въ такомъ случаѣ страстями.

Въ свою очередь, удовлетвореніе или неудовлетвореніе той или другой потребности или страсти сопровождается особымъ чувствомъ, вслѣдствіе чего влеченія и особенно страсти всегда соединены съ эмоціями, отъ которыхъ ихъ трудно раздѣлить.

Находящіяся въ душѣ потребности и влеченія не всегда находятся въ гармоніи между собою. Нѣкоторыя изъ нихъ согласны другъ съ другомъ, другія несогласны,—влекутъ къ дѣйствіямъ противоположнымъ. Результатомъ этого можетъ быть задержка двигательнаго проявленія, Такъ, подъ вліяніемъ, напримѣръ, голода человѣкъ хочетъ взять непринадлежащій ему кусокъ хлѣба, а подъ вліяніемъ нравственнаго чувства у него является желаніе не пользоваться чужимъ, и вотъ является задержка перваго влеченія вторымъ. Почему одно влеченіе побѣдило другое? Это обусловливается тѣмъ, что одно сильнѣе другого. Будь голодъ чрезвычайно силенъ, онъ могъ бы побѣдить и нравственное чувство. Такимъ образомъ въ человѣческой душѣ можетъ происходить, такъ сказать, борьба разныхъ влеченій, и дѣйствія его будутъ соотвѣтствовать тому, какія влеченія будутъ преобладать въ данную минуту.

Наблюденія показываютъ однако, что у однихъ людей побѣждаютъ чаще всего одни влеченія, у другихъ—другія; у хорошихъ людей побѣждаютъ влеченія, клонящіяся на пользу другихъ людей, альтруистическія, у дурныхъ—эгоистическія. Чѣмъ обусловливается это?—Это обусловливается тѣмъ, что у каждаго человѣка существуетъ цѣлый запасъ влеченій, свойственныхъ именно ему; сумма этихъ влеченій составляетъ характерныя особенности того, что называется ***личностью*** человѣка. Каждый разъ, когда въ человѣкѣ происходитъ борьба влеченій, эти основныя стремленія личности выступаютъ и, конечно,

имѣютъ громадное вліяніе на выборъ поступка. Въ однихъ случаяхъ они будутъ помогать осуществленію какого-либо стремленія, въ другихъ, напротивъ, будутъ тормозить, подавлять его, составлять для даннаго побужденія болѣе или менѣе сильную *задержку*. Чѣмъ сильнѣе эти основныя влеченія, чѣмъ они цѣлостнѣе, тѣмъ болѣе поступокъ человѣка будетъ соотвѣтствовать стремленіямъ всей его личности и тѣмъ однороднѣе будетъ характеръ дѣятельности человѣка.

Вслѣдствіе того, что на выборъ поступка имѣетъ большое вліяніе та совокупность стремленій, которыя составляютъ личность человѣка, онъ ощущаетъ, что на поступки его имѣетъ вліяніе то, что онъ называетъ своимъ „я",—и это ощущеніе порождаетъ у него ощущеніе своей активности въ выборѣ дѣйствія и представленіе о свободѣ воли, о свободѣ выбора. Это представленіе настолько непосредственно, что освободиться отъ него не въ состояніи даже человѣкъ, вполнѣ увѣренный въ полной зависимости своихъ актовъ отъ вліяній, не находящихся въ его власти.

Всѣ побужденія и влеченія человѣка имѣютъ конечнымъ исходомъ своимъ или внѣшнюю дѣятельность, или внутреннюю. Внѣшняя дѣятельность выражается во внѣшнихъ двигательныхъ актахъ, внутренняя — въ направленіи своей душевной жизни въ ту или другую сторону. Мы ясно чувствуемъ, что мы можемъ направлять свои мысли въ ту или другую сторону, сообразно съ поставленными цѣлями; иногда это намъ трудно, иногда легко, но несомнѣнно, что это возможно.

Актъ, при помощи котораго это происходитъ, есть вниманіе. Благодаря вниманію мы придаемъ теченію мыслей желаемое направленіе.

Какъ показываютъ изслѣдованія многихъ наблюдателей, вниманіе сопровождается цѣлымъ рядомъ мышечныхъ движеній, напримѣръ сокращеніемъ глазныхъ мышцъ, и, такимъ образомъ, тоже есть своеобразный мышечный актъ.

О значеніи вниманія для душевной дѣятельности мы еще будемъ говорить въ другомъ мѣстѣ.

Другія проявленія волевой дѣятельности составляютъ внѣшніе двигательные акты. Они являются въ видѣ, такъ называемыхъ, произвольныхъ движеній, направленныхъ для той или другой цѣли. Степень произвольности этихъ двигательныхъ актовъ не всегда одинакова. Одни, такъ сказать, болѣе произвольны, другіе—менѣе. Когда врачъ дѣлаетъ операцію, онъ сознательно производитъ каждый штрихъ своего ножа; въ то же время мускулы его лица совершаютъ рядъ движеній, которыя даютъ въ общемъ живую смѣну различныхъ выраженій лица оператора. Эти мимическія движенія представляютъ

собою тоже выраженіе психической дѣятельности человѣка, но они далеко не такъ произвольны, какъ движенія, нужныя для операціи. Они, такъ сказать, автоматичны и болѣе приближаются къ простымъ рефлекторнымъ актамъ и называются иногда психическими рефлексами; другіе называютъ относящіяся сюда движенія инстинктивными, потому что они соотвѣтствуютъ тому, что у животныхъ называется инстинктивными стремленіями. Въ сущности же, это рядъ привычныхъ движеній, болѣе или менѣе сложныхъ, которыя роковымъ образомъ слѣдуютъ за цѣлымъ рядомъ чувствованій и влеченій, которыя мы иногда даже и не ясно сознаемъ. Такого рода безсознательныя влеченія (или сознаваемыя лишь въ конечномъ своемъ результатѣ) вызываютъ дѣйствія сложныя и иногда поражающія своей цѣлесообразностью, несмотря на отсутствіе произвольности. Такого то рода дѣйствія и называются обыкновенно инстинктивными, а влеченія, лежащія въ ихъ основѣ, инстинктами. При анализѣ какъ дѣйствій, такъ и влеченій, лежащихъ въ основѣ ихъ, мы въ большинствѣ случаевъ находимъ, что это суть акты, которые когда-то были произвольными, но путемъ повторенія, сдѣлались привычными, и пріобрѣли ту силу, которую вообще имѣютъ привычки; мало-по-малу эти привычки дѣлаются уже безсознательными. Это, такъ называемые, пріобрѣтенные инстинкты; другіе же инстинкты суть влеченія, развившіяся вслѣдствіе предрасположенія, полученнаго по наслѣдству. Эти инстинкты приближаются по своему значенію къ инстинктамъ животныхъ. Нужно однако прибавить, что ученіе объ инстинктахъ содержитъ очень много неяснаго и довольно запутано различными изслѣдователями, занимавшимися этимъ вопросомъ.

Слѣдуя принятому порядку, я долженъ теперь указать на то, какая физіологическая подкладка существуетъ для тѣхъ явленій душевной жизни, которыя входятъ въ сферу воли.

Эта физіологическая подкладка заключается, какъ предполагаютъ, въ томъ, что нервный механизмъ, составляющій субстратъ психическихъ явленій, работаетъ по типу рефлекторнаго акта. Въ простомъ спинномозговомъ рефлексѣ мы имѣемъ слѣдующее: возбужденіе по приводящимъ (чувствующимъ) путямъ доносится до чувствующихъ центровъ и оттуда распространяется на двигательные, чтобы выразиться въ какомъ-нибудь актѣ,—чаще всего въ сокращеніи мускула. Предполагаютъ, что и дѣятельность головного мозга, лежащая въ основѣ психическихъ явленій, аналогична: по чувствующимъ проводникамъ доносятся до элементовъ мозга сенсоріальныя возбужденія, которыя даютъ источникъ ощущеніямъ. Изъ ощущеній развиваются представленія и понятія, соединенныя съ тѣми или другими эмоціями. Такимъ образомъ образуется сфера

интеллектуальная и сфера чувствъ. Но подобно тому, какъ въ простомъ рефлекторномъ актѣ (у обезглавленныхъ животныхъ) изъ центровъ сенсоріальныхъ возбужденіе должно роковымъ образомъ итти по направленію къ двигательнымъ и вызвать движеніе, такъ и здѣсь: идеями и чувствами ходъ возбужденія не ограничивается,—рефлекторная дуга *должна* замкнуться; оттого возбужденіе идетъ къ психомоторнымъ центрамъ и вызываетъ импульсъ къ тому или другому двигательному акту. Это роковое стремленіе нервнаго возбужденія замкнуть рефлекторную дугу и лежитъ въ основѣ того, что мы называемъ проявленіями волевой сферы. Всѣ явленія, входящія въ эту, такъ сказать, центробѣжную часть психо-рефлекторнаго акта и будутъ составлять явленія волевыя.

Но если, такимъ образомъ, и можно разсматривать механизмъ нервной дѣятельности, лежащій въ основѣ психическихъ явленій, какъ рефлекторный актъ тѣмъ не менѣе нужно прибавить, что эти „рефлексы головного мозга“ несравненно сложнѣе, и между ними и спинномозговыми рефлексами существуетъ большая разница.

Эта разница прежде всего заключается въ томъ, что при прохожденіи черезъ клѣтки, служащія центрами психической жизни, процессъ будетъ пріобрѣтать особый оттѣнокъ, необъяснимый, неопредѣлимый, но всякому извѣстный,—оттѣнокъ психической жизни, оттѣнокъ *субъективности*.

Другая разница отъ простого рефлекторнаго акта будетъ заключаться въ томъ, что въ простомъ рефлекторномъ актѣ отраженное движеніе сейчасъ же слѣдуетъ за ощущеніемъ; въ психическихъ же актахъ—это далеко не всегда: иногда проходитъ долгое время прежде, чѣмъ то напряженіе, которое существуетъ въ центрахъ, выразится наружу. Это въ значительной мѣрѣ обусловливается обиліемъ задерживающихъ аппаратовъ въ центрахъ психической дѣятельности, а также и тѣмъ, что на пути отъ чувствующихъ клѣтокъ къ двигательнымъ возбужденіе можетъ (благодаря обилію ассоціаціонныхъ путей) заходить во многія промежуточныя нервныя клѣтки. Примѣромъ, поясняющимъ это, хотя бы и въ грубой формѣ, можетъ служить слѣдующее: больной при мнѣ говоритъ что-нибудь очень смѣшное; получивъ это впечатлѣніе, я, слѣдуя простому рефлекторному побужденію, долженъ былъ бы расхохотаться; но это впечатлѣніе вызываетъ у меня по ассоціаціи идею, что больной можетъ обидѣться, что моя обязанность не смѣяться, а помогать больному, что въ болѣзни не можетъ быть смѣшного,—и вотъ я удерживаюсь отъ смѣха и выражаю мое побужденіе къ какому-нибудь

внѣшнему проявленію въ какомъ-нибудь другомъ актѣ, напримѣръ, въ ласковомъ словѣ, обращенномъ къ больному.

Повидимому, нѣкоторые изъ элементовъ мозговой коры обладаютъ свойствомъ надолго задерживать въ себѣ ту двигательную энергію, которая должна бы выразиться въ импульсѣ къ тому или другому акту. Задерживая эту энергію на долгое время и постепенно накопляя ее, эти элементы по временамъ способны вдругъ разрядить ее, вслѣдствіе чего являются акты необыкновенной интенсивности.—Этою способностью накапливать двигательную энергію и время отъ времени разряжать ее и объясняется то, что иногда мы почти вовсе не видимъ проявленія двигательнаго акта, несмотря на сильныя воздѣйствія на психику человѣка, иногда же видимъ очень рѣзкіе акты послѣ незначительныхъ внѣшнихъ стимуловъ.

Накопляя двигательную энергію, элементы коры могутъ регулировать какъ силу, такъ и направленіе двигательныхъ актовъ. Этимъ въ значительной мѣрѣ обусловливается разнообразіе актовъ человѣка и ихъ цѣлесообразность и систематичность. Повидимому очень большою способностью къ накопленію этой двигательной энергіи и выпусканію ея сообразно съ обстоятельствами обладаютъ тѣ элементы коры, которыхъ дѣятельность связана съ представленіемъ о собственной личности и съ понятіемъ „я“. Оттого то человѣкъ и чувствуетъ, что его „я“ есть господинъ надъ желаніями и влеченіями,—господинъ, который обладаетъ свободою выбора. Участіе группы „я“ въ борьбѣ влеченій и даетъ ощущеніе того, что называется „хотѣніемъ“.

Чѣмъ болѣе ощущаетъ человѣкъ вліяніе регулирующей силы представленій, связанныхъ съ „я“, на двигательные акты, тѣмъ акты считаются произвольнѣе,—чѣмъ менѣе ощущается участіе ихъ, тѣмъ акты автоматичнѣе, непроизвольнѣе.

Заканчивая описаніе физіологическихъ явленій, составляющихъ субстратъ волевыхъ явленій, мы должны выяснить еще одинъ пунктъ: почему мысли (идеи) не такъ быстро вызываютъ двигательные акты, а чувства (эмоціи), наоборотъ, очень быстро? По всей вѣроятности, это обусловливается тѣмъ, что вслѣдствіе тѣхъ измѣненій въ кровообращеніи и питаніи элементовъ, которое лежитъ въ основѣ эмоцій, способность элементовъ коры накапливать двигательную энергію и такимъ образомъ задерживать проявленіе двигательныхъ актовъ уменьшается, и потому психическій актъ при эмоціяхъ болѣе приближается къ спинномозговому рефлексу, чѣмъ при спокойной интеллектуальной работѣ, при которой тратится только небольшая часть двигательной энергіи—

и то главнымъ образомъ на то, чтобы придавать теченію мыслей цѣлесообразное направленіе.

Сознаніе и личность.

При описаніи явленій психической дѣятельности я довольно часто употреблялъ терминъ *сознаніе*. Спрашивается, что означаетъ этотъ терминъ, что значитъ сознаніе?

Когда я что-нибудь мыслю, чувствую или желаю,—словомъ, когда въ душѣ моей происходятъ тѣ или другія акты, смѣняются тѣ или другія состоянія, то у меня бываетъ особое *ощущеніе* того, что происходитъ въ моей душѣ, чувствованіе смѣняющихся душевныхъ состояній. Въ существованіи этого процесса, въ которомъ—съ одной стороны, есть субъективный оттѣнокъ, а съ другой объективированіе (хотя бы и въ минимальной степени) собственныхъ психическихъ актовъ, и заключается существенный признакъ сознательности.

Этотъ своеобразный оттѣнокъ чувствованія, такъ сказать, ощущеніе субъектъ-объекта—бываетъ весьма различенъ по своей интензивности (а при комбинаціи ощущеній и по сложности) въ зависимости отъ чего и сознательность будетъ то слабѣе, то сильнѣе; соотвѣтственно этому сознаніе будетъ называться то менѣе яснымъ, то болѣе яснымъ. Иной разъ человѣкъ имѣетъ лишь смутное чувствованіе своего существованія, безъ чувствованія отношенія своего субъекта къ внѣшнему міру. Это будетъ самая низшая степень сознательности. При болѣе высокихъ степеняхъ человѣкъ имѣетъ гораздо болѣе интензивныя и опредѣленныя ощущенія того, что происходитъ въ его психикѣ, и потому различаетъ себя отъ внѣшняго міра, субъектъ отъ объекта. Въ самыхъ высшихъ степеняхъ сознательности являются детальныя ощущенія происходящихъ въ душѣ перемѣнъ, вслѣдствіе чего дается возможность отдавать полный отчетъ въ испытываемыхъ состояніяхъ, производить болѣе или менѣе точный анализъ своего душевнаго содержанія.

Между крайними пунктами высшей, доступной человѣку ясности сознанія и едва замѣтнымъ сознаніемъ существуетъ множество градацій, характеризующихъ ту или другую степень сознательнаго состоянія человѣка.

Сознательное состояніе есть обычное состояніе для нормальнаго человѣка во время бодрствованія. Но никакъ не слѣдуетъ думать, что психическіе процессы всегда сознательны; нельзя отождествлять созна-

ніе съ психическою дѣятельностью вообще и говорить, что если есть психическая дѣятельность, значитъ есть и сознаніе [1]). Большинство представителей новѣйшей психологіи считаютъ, что множество психическихъ актовъ совершается безсознательно. Въ самомъ дѣлѣ, мы хорошо знаемъ, что многіе даже очень сложные процессы происходятъ въ нашей психикѣ такъ, что мы не можемъ отдавать въ нихъ отчета и даже ихъ не ощущаемъ. Самымъ рѣзкимъ примѣромъ этого могутъ быть люди, безсознательно производящіе очень сложную умственную работу. Такъ, есть люди, которые обладаютъ необыкновенными математическими способностями; вы задали имъ задачу—помножить одно многозначное число на другое—и они говорятъ вамъ результатъ скорѣе, чѣмъ вы напишете задачу, какъ будто въ ихъ головѣ существуетъ какая то машина, которая производитъ помноженіе. Когда вы спрашиваете такихъ людей, какъ они производятъ это умноженіе, они отвѣчаютъ: „мы не знаемъ; это дѣлается какъ то само собой: вдругъ результатъ является въ сознаніи". Такимъ образомъ, весь очень сложный процессъ комбинаціи идей происходитъ здѣсь внѣ сознанія. Тѣмъ болѣе это такъ, что это явленіе приходится наблюдать иногда у людей малоумныхъ, совершенно не знающихъ обычныхъ правилъ умноженія.

Карпентеръ въ своей „Физіологіи ума" разсказываетъ объ одномъ мальчикѣ, который будучи 6 лѣтъ, когда его еще не учили ни грамотѣ, ни ариѳметикѣ, поражалъ искусствомъ умножать нѣсколько чиселъ въ умѣ и необыкновенною быстротою, съ которою онъ рѣшалъ задаваемыя ему задачи. Когда ему было 8 лѣтъ, его видѣли знаменитые математики, одинъ изъ которыхъ оставилъ замѣтки, въ которыхъ значится, что онъ могъ возвышать число состоящее изъ одной цифры до 10-й степени и говорилъ результаты послѣдовательнаго умноженія скорѣе, чѣмъ ихъ можно было писать. Число 8 онъ умножалъ послѣдовательно до 16-й степени и называлъ послѣднее произведеніе изъ 15 цифръ, не сдѣлавъ ни малѣйшей ошибки. Когда его попросили назвать квадратный корень 106629. Онъ отвѣчалъ—327 прежде, чѣмъ успѣли написать заданную цифру. Его спросили, сколько минутъ въ 48 годахъ; прежде чѣмъ успѣли написать вопросъ, онъ отвѣчалъ: 25228800, а вслѣдъ затѣмъ назвалъ совершенно вѣрно число секундъ. На предложеніе—назвать мно-

---

[1]) Говоря о сознаніи, я употребляю этотъ терминъ въ нѣсколько узкомъ смыслѣ, разумѣя подъ этимъ то, что обыкновенно называется сознаніемъ у *человѣка*. Я не разумѣю подъ этимъ то „сознаніе", которое нѣкоторыми отождествляется съ „чувствованіемъ" и которое нерѣдко приписывается всѣмъ живымъ элементамъ организма и приписывается даже простому комку живой протоплазмы.

жителей, которые могутъ дать число 247483, онъ тотчасъ назвалъ 941 и 263, и дѣйствительно—это единственныя два числа, отъ помноженія которыхъ получается названное произведеніе.

Этотъ примѣръ указываетъ на то, что очень сложные процессы совершаются ниже уровня сознанія. Такихъ примѣровъ мы, впрочемъ, можемъ найти довольно много. Каждый изъ насъ знаетъ, что, когда онъ читаетъ, онъ не думаетъ о каждой буквѣ въ отдѣльности; онъ думаетъ только о содержаніи читаемаго, а вся комбинація буквъ въ слоги происходитъ безъ участія сознанія. Когда я иду по улицѣ, я не думаю о каждомъ шагѣ, а передвигаю свои ноги и обхожу препятствія часто совершенно безсознательно. Такихъ фактовъ чрезвычайно много. Къ нимъ принадлежатъ, между прочимъ, и нѣкоторые факты, касающіеся процесса воспоминанія: нерѣдко бываетъ, что мы, стараясь что-нибудь вспомнить, не можемъ этого сдѣлать, несмотря на всѣ усилія, и оставляемъ тщетную попытку; вдругъ черезъ нѣсколько времени у насъ въ сознаніи выплываетъ забытое. Это значитъ, что въ мозгу происходила скрытая работа отыскиванія забытаго, но мы ея не сознавали.

Всѣ эти факты заставляютъ большинство новѣйшихъ психологовъ признать, что явленія психическія могутъ быть и безсознательны. Это фактъ чрезвычайно важный, потому что онъ ведетъ насъ къ тому заключенію, что громадная масса психической работы происходитъ именно въ этой безсознательной сферѣ—въ сферѣ „психическаго автоматизма". Въ ней происходитъ ходъ идей, сочетаніе ихъ (безсознательная идеація), въ ней образуются симпатіи и антипатіи, не мотивированныя для сознанія влеченія, въ ней же происходятъ творческіе акты изобрѣтателя и поэта. Мы часто сознаемъ только результаты этой работы, а самую работу не сознаемъ. Въ этой безсознательной сферѣ происходитъ и сочетаніе идей и чувствованій, здѣсь нарождаются, комбинируются и борются побужденія, влеченія; время отъ времени результаты этой дѣятельности достигаютъ уровня сознанія, вслѣдствіе чего мы и сознаемъ, къ чему ведетъ работа безсознательной дѣятельности, можемъ провѣрить ее и сообразно сознательнымъ цѣлямъ направить. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ наша сознательная дѣятельность даже значительно отстаетъ отъ безсознательной и, получая правильные результаты, должна принимать ихъ, какъ чудные дары природы.

Много людей, отличавшихся геніальной творческой способностью, могутъ служить примѣромъ, что самые высшіе творческіе акты совершаются работой безсознательной идеаціи Особенно много такихъ примѣровъ представляютъ поэты, композиторы (напр., Моцартъ) и математики О знаменитомъ математикѣ Эйлерѣ говорятъ, что онъ обладалъ

какимъ то даромъ угадыванія, при помощи котораго почти съ перваго взгляда узнавалъ факторовъ своихъ формулъ, узнавалъ особую систему факторовъ въ данной задачѣ, различные способы, какими эта система можетъ быть упрощена и сокращена. Эта способность угадывать истины, опережая существующее знаніе, составляетъ отличительную черту математиковъ, которые всего болѣе способствовали развитію науки. Для примѣра можно указать на знаменитую формулу Ньютона для рѣшенія уравненій. Ея вѣрность была доказана опытнымъ путемъ, но смыслъ былъ таиной для самого Ньютона, пока не былъ раскрытъ трудами одного извѣстнаго математика. Такою же творческою работою мысли, происходящею ниже уровня сознанія и въ то же время разрѣшавшею сложнѣйшія проблемы, отличались и нѣкоторые геніальные мыслители въ другихъ областяхъ знанія. Но и помимо геніальныхъ людей факты, доказывающіе существованіе такой безсознательной и въ тоже время индуктивной дѣятельности ума, наблюдаются и въ обыденной жизни.

У Карпентера же (изъ сочиненія котораго взяты и предыдущіе примѣры) существуетъ такое наблюденіе: одинъ господинъ, занимавшійся математикой, мучился надъ алгебраической задачей. Черезъ нѣсколько недѣль, возвратившись изъ одного собранія, онъ улегся, думая о пріятно проведенномъ вечерѣ, какъ вдругъ его осѣнила мысль, что въ суммѣ, которую онъ было составилъ, есть ошибка. Онъ вскочилъ съ постели, исполненный таинственнаго ощущенія. Написалъ составленное ранѣе алгебраическое выраженіе съ пришедшей ему въ голову поправкой, вывелъ сумму и получилъ искомый результатъ. Черезъ нѣсколько недѣль, заглянувъ въ книгу, гдѣ была записана эта формула, онъ опять не могъ найти, какую поправку надо было сдѣлать и только разыскавъ клочекъ бумаги, на которомъ онъ набросалъ ее въ ту ночь, онъ могъ поправить сумму и въ книгѣ.

Разсказываютъ случаи, когда люди во снѣ прекрасно заканчивали умственную работу, которая ихъ сильно занимала и которая не удавалась въ состояніи бодрственномъ. Это впрочемъ сравнительно рѣдкіе случаи, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ безсознательное сочетаніе идей происходитъ въ состояніи бодрствованія, въ то время, когда мы заняты текущими впечатлѣніями, безсознательная идеація преслѣдуетъ цѣли, важныя для нашей личности и направляющая сила ума приводитъ процессъ сочетанія идей къ искомому результату. Иногда мы сами чувствуемъ, что среди обыденныхъ занятій мы испытываемъ какое то тягостное ощущеніе въ головѣ, точно въ мозгу происходитъ работа, и послѣ нѣсколькихъ дней или часовъ тревож-

наго состоянія, вдругъ является разрѣшеніе вопроса, который былъ нами поставленъ и который мы не могли надлежащимъ образомъ разрѣшить въ свое время. Этимъ объясняется, что нѣкоторые даровитые люди, поставивъ себѣ какую нибудь задачу, не могутъ сразу правильно рѣшить ее, а дѣлаютъ въ нѣсколько пріемовъ, представляя безсознательному процессу находить истинный путь для правильнаго рѣшенія.

Нечего прибавлять, что при дѣйствіяхъ подъ вліяніемъ гипнотическаго внушенія также играетъ очень большую роль процессъ безсознательный. Итакъ, наши идеи, чувствованія и влеченія не всегда сознательны. Часто они, такъ сказать, *ниже порога сознательности* и только время отъ времени всплываютъ выше его. Психологія учитъ, что и въ то время, когда мы считаемъ, что человѣкъ находится въ „сознательномъ состояніи“, далеко *не все* содержаніе душевной жизни его сознается: громадная часть этого содержанія существуетъ ниже уровня сознанія. Но, однако, находясь въ сознательномъ состояніи, человѣкъ обладаетъ способностью оріентироваться среди своего душевнаго содержанія и можетъ (хотя, правда, далеко не вполнѣ) по мѣрѣ надобности поднимать то или другое изъ своего безсознательнаго душевнаго запаса выше порога сознательности, т. е. дѣлать тѣ или другіе акты изъ безсознательныхъ актовъ сознательными.

Если мы теперь обратимъ вниманіе на тѣ явленія, которыя мы называемъ сознательными, то мы увидимъ, что идеи, чувствованія и влеченія не всегда въ *одинаковой степени* сознательны. Сознательность присоединяется къ нимъ не всегда въ одинаковой степени. Представимъ себѣ такой примѣръ: я иду по улицѣ и встрѣчаю знакомаго; я въ это время сознаю его присутствіе болѣе, чѣмъ что-либо другое; окружающіе меня дома, проѣзжающіе экипажи, хотя и производятъ на меня впечатлѣніе, но воспринимаются мною не съ отчетливостью. Слѣдовательно, наиболѣе сознательно въ данномъ случаѣ воспріятіе одного предмета, именно встрѣтившагося знакомаго; другія явленія менѣе сознательны. Но представимъ далѣе, что во время моего разговора съ знакомымъ вдругъ кто-нибудь упалъ на улицу изъ окна. Тотчасъ этотъ фактъ дѣлается для меня наиболѣе сознательнымъ, я воспринимаю его болѣе отчетливо, чѣмъ присутствіе моего знакомаго.

Изъ этого видно слѣдующее: не всѣ предметы, которые сознаются, сознаются въ одинаковой степени,—одни сознаются болѣе ясно, другіе менѣе ясно. Вундтъ говоритъ такъ: существуетъ ясное поле сознанія и неясное, подобно тому, какъ въ глазу существуетъ наиболѣе воспріимчивое желтое пятно и остальная часть сѣтчатки, менѣе

воспріимчивая. Когда представленіе воспринимается въ ясное поле сознанія, то онъ называетъ это—апперцепція, когда въ неясное—перцепція. Въ приведенномъ мною примѣрѣ всѣ впечатлѣнія, за исключеніемъ впечатлѣнія встрѣтившагося знакомаго, только *перцепируются*; представленіе-же о немъ—*апперцепируется*. Но потомъ, когда на меня подѣйствовало новое неожиданное впечатлѣніе, это новое впечатлѣніе попадаетъ въ ясный пунктъ сознанія, вытѣсняя изъ него то, что было ранѣе.

Выражая происшедшее обычнымъ языкомъ, я говорю: *мое вниманіе* перенеслось съ одного предмета на другой. О вниманіи мы уже говорили. Это есть актъ воли, такой актъ, при помощи котораго ходъ идей направляется въ ту или другую сторону. Главная задача этого волевого акта и заключается въ томъ, чтобы приводить представленія въ ясный пунктъ сознанія.

Анализируя, какъ происходитъ направленіе вниманія на то или другое, мы видимъ слѣдующее: иногда предметъ самъ привлекаетъ наше вниманіе. Такъ наприм., упалъ человѣкъ съ крыши на моихъ глазахъ. Это такое сильное впечатлѣніе, что о чемъ бы я ни думалъ, я на это обращу вниманіе. Тутъ, слѣдовательно, мое вниманіе привлечено впечатлѣніемъ очень сильнымъ. Оно привлечено на него помимо моего усилія — пассивно. Но я могу и самъ желать думать о чемъ-нибудь, наприм., я могу заставить себя сосредоточиться на рѣшеніи какой-нибудь задачи среди многихъ развлекающихъ меня предметовъ. Въ этомъ случаѣ направленіе вниманія будетъ подчиняться не внѣшнимъ впечатлѣніямъ, а моему хотѣнію. Это будетъ активное вниманіе. Активное вниманіе далеко не у всѣхъ людей развито одинаково: у однихъ оно болѣе, у другихъ—менѣе. Очень часто потеря способности активнаго вниманія характеризуетъ начало душевной болѣзни. Нужно прибавить, что способность активнаго вниманія есть главнымъ образомъ принадлежность человѣческаго рода. У высшихъ животныхъ мы встрѣчаемъ только намеки на эту способность.

Вообще сознаніе и, особенно, ясное сознаніе нужно считать величайшимъ даромъ природы человѣку. Этотъ даръ очень нѣженъ и хрупокъ, и съ нимъ сама природа очень бережно обращается. Поэтому въ числѣ законовъ человѣческой жизни стоитъ то, чтобы сознанію давался продолжительный отдыхъ. Этотъ отдыхъ существуетъ во время сна, когда сознательная дѣятельность почти отсутствуетъ.

Переходя къ объясненію явленій сознательности съ психофизіологической точки зрѣнія я долженъ сказать, что въ этомъ отношеніи мы знаемъ очень мало. Мы знаемъ, но и то только отчасти, тѣ факторы, которые вліяютъ на сознательность. Первымъ факторомъ

является ***сила и качество того химическаго процесса, который лежитъ въ основѣ функціи мозговой коры***, а слѣдоват., и психическихъ явленій. Мы знаемъ, что если наступаетъ быстрое прекращеніе притока крови къ мозгу, то наступаетъ безсознательное состояніе. При малокровіи нерѣдки обмороки, т. е. состоянія временнаго прекращенія сознанія. Мы знаемъ также, что если кровь доноситъ до клѣтокъ коры такіе яды, какъ хлороформъ, опій, алкоголь, то наступаетъ тоже ослабленіе сознательности. Такимъ образомъ, можно считать почти несомнѣннымъ, что химическіе процессы въ элементахъ коры вліяютъ на актъ сознанія. Это вліяніе можетъ обусловливаться измѣненіемъ качества химическаго процесса, а также и измѣненіемъ его количества. По всей вѣроятности, при слабой степени процесса дезинтеграціи нервныхъ элементовъ, работа совершающаяся въ корѣ не въ состояніи вызвать *того ощущенія*, которое характеризуетъ сознательное состояніе; для того, чтобы она могла вызвать это ощущеніе, она должна обусловливаться такою силою процесса дезинтеграціи, которая достаточна, чтобы перешагнуть рубежъ, раздѣляющій область сознательнаго отъ безсознательнаго.

Другимъ факторомъ болѣе или менѣе яснаго сознанія является возможность ***сочетанія въ извѣстномъ порядкѣ*** того запаса представленій или понятій, который существуетъ въ нашей психикѣ и который хранится въ различныхъ отдѣлахъ коры полушарій. Наблюденія показываютъ, что если пострадаетъ какая-нибудь часть коры, хранящая запасъ представленій одного какого-нибудь рода, то въ сознаніи замѣчаются рѣзкіе дефекты: такъ, если, наприм., поразится болѣзнью часть мозга, хранящая слѣды зрительныхъ образовъ, то сознаніе будетъ разстроено по отношенію къ соотвѣтствующимъ представленіямъ. Больной съ такого рода пораженіемъ будетъ, наприм., глядѣть на своего сына и не сознавать, что это его сынъ, и только услыхавъ голосъ сына, т. е. получивъ слуховое представленіе, узнаетъ его. Это будетъ частичный дефектъ сознанія; но если такихъ частичныхъ дефектовъ по отношенію къ разнороднымъ представленіямъ будетъ много, то будетъ и общій дефектъ сознанія.

Такимъ образомъ для сознанія необходимо сочетаніе знаній, человѣкомъ пріобрѣтенныхъ (со—знаніе), а это обусловливается памятью и цѣлостью ассоціаціонныхъ путей.

Но мало этого: нужно, чтобы это сочетаніе было ***въ извѣстномъ порядкѣ***, совершалось по извѣстнымъ правиламъ. Мы хорошо знаемъ, что если воспоминанія и впечатлѣнія нахлынутъ массой, то человѣкъ растеряется, будетъ не въ состояніи оріентироваться, а это свидѣтельствуетъ о недостаточной ясности сознанія. Сознаніе ясно и отчетливо

только тогда, когда возникающіе въ сознаніи образы являются въ порядкѣ. Подобно тому, какъ на смотру войска проходятъ передъ командиромъ въ извѣстномъ порядкѣ, — каждый крупный начальникъ стоитъ передъ своимъ отдѣломъ, а болѣе мелкіе передъ отдѣльными частями, большими или меньшими, смотря по рангу, — такъ и при отчетливомъ сознаніи представленія и понятія появляются передъ созерцающимъ ихъ субъектомъ въ извѣстномъ іерархическомъ сочетаніи: болѣе важные образы и понятія выступаютъ рельефнѣе, болѣе второстепенные отходятъ на задній планъ. Они являются въ сознаніи, слѣдовательно, сочетанныя по логической связи,—а мы знаемъ, что логическая связь устанавливается тѣмъ, что я назвалъ „направляющею силой ума". Такимъ образомъ, для болѣе или менѣе яснаго сознанія необходима дѣятельность этой силы.

Но не слѣдуетъ забывать, что какъ, вообще, сочетаніе пріобрѣтенныхъ знаній, такъ и сочетаніе ихъ по логической связи возможно и ниже уровня сознанія,—чѣмъ и объясняется возможность безсознательнаго психическаго автоматизма или правильной безсознательной идеаціи, о которой я говорилъ. Для того, чтобы это сочетаніе было факторомъ ***сознательности***, необходимо, какъ уже было упомянуто, извѣстная степень интенсивности того физіологическаго процесса, который лежитъ въ основѣ психическихъ явленій. Тогда только это правильное сочетаніе знаній вызоветъ соотвѣтствующее ***ощущеніе***, дастъ, такъ сказать, субъекту сигналъ своего существованія, и тогда явится сознаніе.

Чѣмъ обусловливается такое вліяніе интенсивности физіологическаго процесса въ мозговой корѣ на возникновеніе сознанія, можно объяснить двояко. Можетъ-быть она вліяетъ тѣмъ, что ей соотвѣтствуетъ и сила колебанія равновѣсія душевнаго состоянія, а можетъ-быть и тѣмъ, что, благодаря интенсивности физіологическаго процесса, является возможность очень обширныхъ (экстенсивныхъ) сочетаній накопленныхъ знаній. Можно думать, что при безсознательной идеаціи хотя и возможно сочетаніе знаній, даже и по логической связи, устанавливаемой направляющею силой ума, но это сочетаніе довольно узко, совершается въ ограниченныхъ участкахъ, такъ какъ физіологическій (иннервационный) процессъ не настолько напряженъ, чтобы вызвать обширныя (экстенсивныя) сочетанія. Если же напряженіе его будетъ сильнѣе, то и сочетанія будутъ экстенсивнѣе, — сигналомъ чего и будетъ ощущеніе сознательности.

Третій факторъ сознательнаго состоянія составляютъ ***получаемыя нами впечатлѣнія*** (какъ изъ внѣшняго, такъ и изъ внутренняго міра). Наблюденія показываютъ, что человѣкъ, лишенный впечатлѣній, наприм.,

вслѣдствіе прекращенія доступа ощущеніямъ изъ внѣшняго міра, легко впадаетъ въ сонъ, т. е. лишается большей части сознанія. Точно также, если человѣкъ въ продолженіе долгаго времени будетъ получать одно и то же впечатлѣніе, то онъ заснетъ, какъ онъ засыпаетъ подъ звукъ журчащаго ручья или тиканья часовъ (чѣмъ и пользуется при опытахъ гипнотизаціи). Вообще, однообразное и не измѣняющееся душевное состояніе ведетъ къ исчезновенію сознанія. Для сознанія нужны толчки, колеблющіе душевное содержаніе, и эти толчки въ обыденной жизни даются внѣшними стимулами, влияющими на органы чувствъ, и внутренними психическими процессами — воспоминаніями и сопровождающими ихъ эмоціями и т. п. Повидимому чѣмъ сильнѣе впечатлѣніе, тѣмъ легче вызываетъ оно сознательное состояніе; поэтому, для приведенія человѣка изъ безсознательнаго состоянія (наприм. при обморокѣ) въ сознательное, употребляются обыкновенно сильныя, даже болевыя раздраженія.

Четвертый важный для сознанія факторъ есть дѣятельность воли въ формѣ вниманія. При посредствѣ вниманія изъ безсознательной сферы выводятся выше порога тѣ или другія представленія, хранившіяся въ запасѣ. Мало того, при помощи вниманія происходитъ сліяніе этихъ хранящихся въ запасѣ и вновь вызываемыхъ къ жизни воспоминаній съ новыми воспріятіями, что имѣетъ чрезвычайно важное значеніе для того, чтобы новыя впечатлѣнія сознавались, такъ какъ, еслибъ они не входили въ сліяніе со старыми, то они и не входили бы въ сочетаніе знаній, т. е. въ со—знаніе.

Итакъ, и теоретически разсуждая, видно, что актъ вниманія долженъ имѣть громадное значеніе для сознательности. Самонаблюденіе и наблюденіе надъ другими указываетъ на это съ несомнѣнностью. Мы хорошо знаемъ, что при утомленіи вниманія, — а вниманіе, какъ актъ, связанный съ мышечнымъ напряженіемъ, несомнѣнно подчиняется законамъ утомленія, — мы замѣчаемъ, что сознаніе становится неясно, а иногда и совсѣмъ прекращается; это бываетъ, наприм., тогда, когда мы среди дѣла засыпаемъ. У нѣкоторыхъ нервныхъ субъектовъ мы замѣчаемъ чрезвычайную утомляемость вниманія и въ зависимости отъ этого постоянное впаданіе въ сонное состояніе (narcolepsia).

Значеніе всѣхъ указанныхъ факторовъ въ актѣ сознанія нужно знать врачамъ потому, что, какъ мы увидимъ, сознаніе разстраивается при душевныхъ болѣзняхъ часто, и въ каждомъ случаѣ это разстройство обязано своимъ происхожденіемъ не всѣмъ этимъ факторамъ въ одинаковой степени.

Частный отдѣлъ сознательной дѣятельности есть „самосознаніе“, т. е. сознаніе своего собственнаго „я“.

Вообще, при сознательномъ процессѣ всегда существуетъ, такъ сказать, сопоставленіе между представленіями и понятіями, соотвѣтствующими явленіямъ объективнымъ и нашимъ собственнымъ „я“; яснаго сознанія быть не можетъ, если не существуетъ разграниченія между тѣмъ, что принадлежитъ къ „я“ и что—къ „не я“. Установленіе того, что именно принадлежитъ къ тому, что я называю въ себѣ своимъ „я“, и чувствованіе сочетанія между всѣми входящими въ это понятіе представленіями и болѣе мелкими понятіями и есть самосознаніе.

Но что такое это „я“? Каждый знаетъ, что у него есть „я“, но что это такое, — не очень легко объяснить. Вмѣсто объясненія и приведу современный взглядъ на то, какъ образуется „я“.

Человѣкъ испытываетъ въ каждый данный моментъ цѣлый рядъ ощущеній, порождающихъ цѣлый рядъ представленій. Нѣкоторыя изъ этихъ ощущеній исходятъ изъ различныхъ частей организма, сопровождаютъ жизненные, физіологическіе процессы; другія исходятъ изъ внѣшняго міра. Такъ какъ съ теченіемъ времени при взаимномъ сопоставленіи ощущеній и представленій происходитъ подборъ сходныхъ признаковъ, и сходные признаки сочетаютъ между собою представленія, которымъ они принадлежатъ, то въ концѣ концовъ получается представленіе о томъ, что среди всѣхъ впечатлѣній есть такія, которыя никогда не оставляютъ человѣка, — они всегда съ нимъ. Такъ, человѣкъ при всѣхъ другихъ впечатлѣніяхъ продолжаетъ испытывать ощущенія отъ своихъ рукъ, ногъ, отъ своего сердца, головы и т. д. Вотъ эти-то ощущенія и ложатся въ основу представленій и понятій, образующихъ въ своей совокупности то, что человѣкъ называетъ своимъ „я“.

Группа представленій и понятій, составляющихъ „я“, образуется, какъ показываютъ наблюденія, далеко не въ самые первые дни жизни: у ребенка они развиваются чаще всего на второмъ году. Въ это время впервые, повидимому, ребенокъ начинаетъ узнавать себя, у него появляется самосознаніе. Это самосознаніе, конечно, не одинаково у ребенка и у взрослаго, также у развитого и неразвитого человѣка, потому что съ прогрессивнымъ ходомъ развитія человѣка ему все яснѣе и яснѣе становится то, что составляетъ существенную принадлежность его, что есть дѣйствительно его „я“, и что — не „я“.

Вслѣдствіе этого „я“ ребенка и „я“ развитого человѣка или, употребляя выраженія Мейнерта [1]), первичное „я“ и вторичное „я“ не оди-

[1]) Meynert. Das Zusammenwirken der Gehirntheile. 1890. Русскій переводъ Вермеля: Кооперація различныхъ частей мозга, въ газ. „Медицина“ 1891 г.

наковы. Первое обыкновенно связано съ тѣлесными образами, касающимися собственнаго тѣла; оно вполнѣ эгоистично, тогда какъ во вторичное „я“ входятъ представленія альтруистическія. Вотъ что говоритъ по этому поводу Мейнертъ, съ глубокими и оригинальными взглядами котораго, къ сожалѣнію, очень мало знакомы психологи по спеціальности. „Человѣческое „я“ начинается какъ маленькое по объему первичное „я“ ребенка; содержаніе его составляютъ тѣлесныя ощущенія; путемъ ассоціацій оно присоединяетъ къ себѣ изъ внѣшняго міра лишь то, что вызываетъ тѣлесныя удовольствія или страданія, при чемъ своими движеніями ребенокъ при этомъ ассоціаціонномъ приростѣ обороняется отъ всего непріятнаго и захватываетъ пріятное. Составныя части своего „я“ дитя не дастъ искажать безъ борьбы. Въ мірѣ оно занимаетъ положеніе паразита, сначала материнскаго тѣла, а впослѣдствіи нуждается въ чужой помощи. Но путемъ такихъ же прочныхъ ассоціацій, какъ первичное „я“, присоединяетъ къ себѣ развивающееся и расширяющееся „я“ изъ внѣшняго міра все болѣе и болѣе составныхъ элементовъ, и первичное „я“ переходитъ безъ рѣзкой границы во вторичное „я“. Прежде всего оно включаетъ въ себя любимыхъ лицъ. Разъединеніе этихъ вновь ассоціированныхъ составныхъ частей своего „я“ воспринимаетъ оно съ болью, какъ изувѣченіе собственнаго тѣла; оно защищается противъ этого такими же сильными движеніями, можетъ даже отстаивать цѣлость вторичнаго „я“ съ большею силой, чѣмъ цѣлость собственнаго тѣла. Мы можемъ сказать, что то, что срослось съ „я“, прочными связями, обусловленными большимъ числомъ возбужденныхъ элементовъ, чему соотвѣтствуетъ то, что мы называемъ афектами и страстями, становится составною частью нашего „я“, и высшее развитіе его заключается въ томъ, что путемъ сочувствія страданіямъ другихъ людей, путемъ параллелизма, оно присоединяетъ къ „я“ все человѣчество и опредѣляетъ свою дѣятельность не въ формѣ паразитизма первичнаго „я“, а въ формѣ всечеловѣческой солидарности, взаимо-помощи, взаимо-обмѣна“.

Если самъ человѣкъ сознаетъ то, что онъ считаетъ постоянно присущими себѣ свойствами, своимъ „я“, то съ внѣшней стороны совокупность психическихъ особенностей человѣка называется его **личностью**. Обыкновенно, личностью человѣка называютъ то, что составляетъ, такъ сказать, совокупность свойствъ его психики. Всѣ идеи, чувствованія и побужденія слагаются вмѣстѣ, и общій выводъ, общая сумма всего этого есть личность. Нужно прибавить, что сумма эта ***организованная***, т.-е. въ ней всѣ отдѣльныя составныя части находятся въ ***опредѣленномъ*** взаимномъ и притомъ ***живомъ*** отношеніи другъ къ другу; между этими

составными частями особенно важную, доминирующую роль играють тѣ идеи, побужденія и чувствованія, которыя наиболѣе часты у даннаго человѣка, которыя составляютъ его существенную особенность, которыя суть почти постоянная его принадлежность. Эта часть какъ бы господствуетъ надъ другими; она управляетъ и ходомъ идей, и поступками, она подчиняетъ все своему вліянію, направляетъ психическую дѣятельность сообразно своимъ цѣлямъ. Эта часть тѣснѣе всего соединена съ тѣми представленіями и понятіями, которыя образуютъ группу „я" Такимъ образомъ „я" составляетъ *іерархическую вершину* въ психической жизни человѣка.

Но если это „я" и господствуетъ надъ остальными представленіями, подчиняя себѣ направленіе душевной жизни человѣка, то нужно отмѣтить, что само оно подвергается вліянію другихъ представленій, которыя мало-по-малу могутъ совершенно измѣнить его характерныя особенности. Дѣло въ томъ, что, какъ мы сказали, „я" соотвѣтствуетъ свойствамъ, наиболѣе присущимъ человѣку. Но этихъ свойствъ очень много. Ихъ образуютъ и тѣ идеи, чувствованія, побужденія и влеченія, которыя развились, благодаря культурѣ; ихъ образуютъ и почти безсознательныя привычки; ихъ образуютъ и тѣ свойства, которыми обладали наши предки и которыя переданы намъ по наслѣдству. Въ каждомъ человѣкѣ есть на-ряду съ высшими этическими побужденіями, составляющими результатъ современнаго развитія нравственности, и дикія, можетъ-быть, даже людоѣдскія побужденія нашихъ предковъ, безжалостно убивавшихъ враговъ и, можетъ-быть, ихъ поѣдавшихъ. Большею частью при обычныхъ условіяхъ жизни значительная часть этихъ некультурныхъ, такъ сказать, звѣрскихъ свойствъ и зависящихъ отъ нихъ побужденій побѣждается культурными свойствами, но иногда, напримѣръ, при болѣзняхъ и аффектахъ культурныя свойства человѣка побѣждаются дикими, унаслѣдованными побужденіями; тогда все внѣшнее проявленіе личности можетъ мѣняться, и въ составъ доминирующей группы представленій и понятій будутъ входить уже не тѣ представленія, какія были прежде, хотя человѣкъ будетъ называть „я" и прежняго себя, и новаго.

Такимъ образомъ и то, что человѣкъ называетъ своимъ „я", и то, что мы называемъ личностью, не есть что-нибудь неизмѣнное въ человѣкѣ, а можетъ подвергаться многимъ измѣненіямъ подъ вліяніемъ какъ внутреннихъ, такъ и внѣшнихъ причинъ.

Чѣмъ болѣе гармонично соединены всѣ существенныя свойства, составляющія личность человѣка, тѣмъ болѣе *уравновѣшена* личность. Чѣмъ болѣе эти сочетанія свойствъ личности способны противодѣйствовать влія-

ніямъ, стремящимся нарушить ихъ гармоничное взаимодѣйствіе, тѣмъ болѣе ***устойчива*** данная личность. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда элементы, составляющіе личность, соединены негармонично, или ихъ гармоничное сочетаніе можетъ быть легко нарушено, мы называемъ людей неуравновѣшенными или плохо-уравновѣшенными и неустойчивыми.

У такихъ людей чаще всего и являются душевныя болѣзни.

Совокупность проявленій человѣка, вызываемыхъ преобладающими въ немъ влеченіями и способностью управлять ими, опредѣляетъ то, что мы называемъ въ человѣкѣ его характеромъ. Разнообразія въ характерахъ такъ многочисленны, что нѣтъ возможности перечислить всѣ отдѣльные виды ихъ; мы различаемъ по характеру людей добрыхъ, злыхъ, мстительныхъ, вспыльчивыхъ и т. п. Въ свою очередь, характеръ человѣка находится въ значительной степени въ зависимости отъ того, что называется темпераментомъ. Темпераментъ въ свою очередь опредѣляется совокупностью физическихъ условій организма, располагающихъ къ тѣмъ или другимъ проявленіямъ психическихъ свойствъ человѣка, главнымъ образомъ, его чувствованій и дѣйствій какъ въ качественномъ, такъ и въ количественномъ отношеніи. Раздѣленіе людей по темпераментамъ существуетъ очень давно. Еще Галенъ различалъ темпераменты—сангвиническій, холерическій, меланхолическій и флегматическій. Человѣкъ быстро соображающій, энергичный въ дѣйствіяхъ и сильно чувствующій—холерикъ; человѣкъ быстро соображающій и дѣйствующій, но слабо чувствующій—сангвиникъ; флегматикъ медленно соображаетъ, вяло дѣйствуетъ и слабо чувствуетъ; меланхоликъ медленно соображаетъ и глубоко чувствуетъ. Впослѣдствіи къ этимъ видамъ прибавленъ еще—нервный темпераментъ. При дальнѣйшей разработкѣ ученіе о темпераментахъ сдѣлалось очень запутаннымъ, и разнообразныхъ раздѣленій на темпераменты предлагалось весьма много въ зависимости отъ того критерія, который ставился въ основу раздѣленія. Одни дѣлили темпераменты по энергіи психическихъ актовъ, по ихъ быстротѣ и силѣ, другіе—по преобладающему настроенію, третьи—по возбудимости душевныхъ чувствъ, четвертые—по формамъ душевныхъ сочетаній, пятые—по устойчивости. Физіологическую основу различія темпераментовъ видѣли то въ различіи количества и качества крови, то во вліяніи раздраженія, исходящаго отъ внутреннихъ органовъ, то, наконецъ, въ тончайшемъ строеніи нервной системы,—энергіи подвижности отростковъ невроновъ и пр. Нельзя не сознаться, что ученіе о темпераментахъ, такъ же, какъ и ученіе объ инстинктахъ, еще ждетъ изслѣдователя, который бы внесъ въ эту область психологіи надлежащій свѣтъ.

Заканчивая обозрѣніе явленій душевной дѣятельности, я долженъ

въ заключеніе сказать, что изо всего предыдущаго ясно, что психическая дѣятельность человѣка тѣсно связана съ физіологическими процессами и такимъ образомъ составляетъ проявленіе органической жизни, главную особенность котораго составляетъ особый субъективный элементъ—чувствованіе и способность къ образованію представленій.

Организація, проявленіемъ дѣятельности которой является психика, есть субстратъ того, что мы называемъ личностью. Въ основѣ личности, какъ мы знаемъ, лежитъ своеобразная ***анатомическая*** организація, именно—совокупность нервныхъ клѣтокъ и связывающихъ ихъ соединительныхъ путей, изъ которыхъ одни, такъ сказать, болѣе проторены, другіе менѣе проторены, чѣмъ и обусловливается большая возможность однихъ комбинацій психическихъ явленій передъ другими. Этотъ анатомическій конгломератъ, притягивая къ нервнымъ элементамъ необходимую ему питательную плазму, ***живетъ и функціонируетъ***, благодаря притоку крови и съ нею кислорода, и благодаря химическимъ процессамъ въ нервныхъ элементахъ, и благодаря своевременному удаленію продуктовъ работы; жизнь его выражается въ полученіи впечатлѣній, въ переработкѣ ихъ въ ощущенія, представленія и понятія и въ храненіи и репродукціи ихъ. Храненіе впечатлѣній есть, по всей вѣроятности, постоянный ***тонусъ***, т. е. продолжающаяся минимальная дѣятельность тѣхъ же элементовъ, которые восприняли впечатлѣніе и были такимъ образомъ выведены изъ состоянія покоя. Нервные элементы образуютъ отдѣльныя группы, имѣющія спеціальную функцію (зрительныя, слуховыя, двигательныя); одни изъ нихъ имѣютъ болѣе тѣсное отношеніе къ воспріятію, другія—къ направленію сочетаній въ извѣстномъ порядкѣ. Всѣ группы элементовъ дѣйствуютъ постоянно, можно сказать, безпрерывно. Эта постоянная дѣятельность всѣхъ элементовъ психическаго организма, совершающаяся притомъ (у здороваго человѣка) по законамъ ***правильнаго взаимодѣйствія, коопераціи***, образуетъ гармонію психическихъ явленій, которая характеризуетъ нормальный ходъ психической жизни. Если дѣятельность эта не интензивна, то психическіе процессы происходятъ ниже уровня сознанія; если же она интензивна, то психическіе процессы становятся сознательными. При этомъ пунктъ наивысшаго напряженія дѣятельности постоянно мѣняется и, соотвѣтственно этому, то тó, то другое становится наиболѣе ясно сознательнымъ. Каждый психическій актъ есть результатъ дѣятельности всего психическаго организма и потому такъ или иначе отражается на всей личности. Такимъ образомъ, каждому психическому акту, какъ бы онъ ни былъ малъ, соотвѣтствуетъ совершенно особое состояніе нашей личности. Эти измѣненія въ состояніи личности, конечно, обусловливаются измѣ-

неніями всей совокупности тончайшихъ процессовъ питанія въ томъ органѣ, который составляетъ почву для процессовъ психическихъ. Ощущенія этихъ измѣненій, органическія ощущенія, сопровождающія процессы мысли, желаній и т. п. даютъ основаніе къ измѣненіямъ въ самочувствіи, по которымъ мы и узнаемъ о томъ, что происходитъ въ насъ самихъ. Такимъ образомъ, вѣчно смѣняющіеся и колеблющіеся въ своей интенсивности психическіе процессы сопровождаются смѣняющимися чувствованіями, являющимися сигналами тѣхъ физіологическихъ состояній, которыя слѣдуютъ другъ за другомъ въ органѣ психической жизни и которымъ соотвѣтствуютъ колебанія въ состояніи нашей личности. Съ другой стороны, эти чувствованія, являясь могущественнѣйшимъ побудителемъ къ тому, чтобы рефлекторный актъ, по типу котораго совершаются психическіе процессы, замкнулся въ своей двигательной фазѣ,—вызываютъ наиболѣе сильныя побужденія къ дѣйствіямъ (внутреннимъ и внѣшнимъ), правильность которыхъ всецѣло зависитъ отъ того, насколько они являются выраженіемъ гармоническаго сочетанія (съ іерархическимъ могущественнымъ господствомъ высшихъ свойствъ) всѣхъ элементовъ личности.

Къ этому нужно еще прибавить, что въ иныхъ организмахъ психическіе процессы идутъ энергично, въ другихъ—вяло; этимъ обусловливается разница энергіи психической дѣятельности у различныхъ людей, въ свою очередь зависящая частью отъ подвижности ихъ нервныхъ элементовъ (нейроновъ), частью отъ интенсивности и правильности ихъ питанія.

Таковъ въ общемъ ходъ психической дѣятельности, таковъ ея механизмъ, пущенный въ ходъ.

Но спрашивается, что же пускаетъ въ ходъ этотъ сложный механизмъ, гдѣ ключъ, который его заводитъ? На этотъ вопросъ отвѣчаютъ различно. Есть наблюденія, которыя показываютъ, что если человѣку прекращенъ доступъ всѣхъ ощущеній, то сознательная жизнь прекращается, онъ засыпаетъ. Такъ, Штрюмпель описалъ наблюденіе, касающееся одного мальчика, у котораго почти вся кожа была лишена чувствительности, была слѣпота на одинъ глазъ и глухота на одно ухо; если ему закрывали видѣвшій глазъ и ухо, которое воспринимало звуки, то онъ засыпалъ. Само собою разумѣется, что выводы изъ этого случая нужно дѣлать съ большою осторожностью,—очень вѣроятно, что при большомъ количествѣ запаса представленій сонъ бы и не наступилъ; но какъ бы то ни было, этотъ случай несомнѣнно указываетъ на зависимость сознательной жизни отъ внѣшнихъ ощущеній. Изъ этого выводятъ, что толчокъ для дѣятельности психическаго механизма даютъ

ощущенія, слѣд внѣшніе стимулы. Этого мнѣнія особенно охотно придерживаются тѣ, кто смотритъ на психическую жизнь только какъ на рефлексъ головного мозга. Но на это можно возразить слѣдующее: уже для того, чтобы было ощущеніе, нужна ***способность воспріятія этого ощущенія***; нужно, чтобы это ощущеніе захватывалось, иначе внѣшній стимулъ дѣйствовалъ бы столько же, сколько онъ дѣйствуетъ на камень или дерево. Способность же схватывать ощущенія указываетъ на то, что существуетъ ***стремленіе*** къ этому, извѣстная степень активности А отсюда выводъ тотъ, что только при существованіи активности, т.-е. воли въ широкомъ смыслѣ слова, и возможна психическая жизнь.

Эта точка зрѣнія, конечно, охотнѣе поддерживается философами, считающими волю основнымъ міровымъ факторомъ. Можетъ быть она найдетъ себѣ подтвержденіе и въ томъ результатѣ тончайшихъ анатомическихъ изслѣдованій, по которымъ оказывается, что почти во всѣхъ сенсоріальныхъ частяхъ нервной системы, какъ въ органахъ чувствъ, такъ и въ полушаріяхъ, вмѣстѣ съ чувствующими проводниками, приносящими возбужденія отъ периферіи, идутъ и проводники, проводящіе возбужденія отъ центровъ. Мы говорили объ нихъ и указывали, что имъ можно приписать значеніе путей, съ которыми связанъ процессъ проекцій ощущеній и представленій. Но точно также можно предположить, что они суть пути, по которымъ проходитъ первоначальный импульсъ для схватыванія впечатлѣній и воспріятій.

Но если первичный толчекъ для приведенія въ дѣйствіе психическаго механизма даетъ „воля", понимаемая въ широкомъ смыслѣ слова, то естественнымъ является вопросъ—откуда она сама, откуда ея энергія? Есть ли она только видоизмѣненіе механической энергіи, или это энергія совсѣмъ другого порядка? Вопросъ въ высшей степени важный и глубокій, къ сожалѣнію рѣшаемый многими крайне поверхностно подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ случайныхъ вліяній, односторонняго направленія вниманія или пріобрѣтающаго непреодолимую силу привычки навязаннаго міросозерцанія. Для рѣшенія его недостаточно современнаго положительнаго знанія и нельзя пренебрегать, какъ совершенно ненужнымъ хламомъ, тѣмъ, что говорятъ, такъ называемые, метафизики. Зная, какую важную роль въ нашей душевной жизни играетъ творческая работа безсознательной идеаціи, и какъ нерѣдко путемъ интуиціи открываются истины, которыя разсудокъ осмысляетъ лишь впослѣдствіи, мы не можемъ съ невѣжественной насмѣшкой относиться къ тому, что говорятъ многіе высоко-талантливые люди, считающіе себя представителями метафизики, только потому, что эта область умственныхъ изслѣдованій носитъ такое дразнящее названіе.

Намъ, въ курсѣ психіатріи, впрочемъ, нѣтъ надобности рѣшать темные вопросъ объ источникѣ душевной жизни, такъ какъ мы имѣемъ дѣло уже съ заведеннымъ механизмомъ.

Психофизическій законъ и психометрическія изслѣдованія [1]).

Мое краткое изложеніе свѣдѣній о нормальныхъ явленіяхъ душевной жизни касалось только тѣхъ сторонъ, которыя могутъ уяснить самыя элементарныя явленія психической дѣятельности и то только въ тѣхъ размѣрахъ, въ какихъ это необходимо для пониманія изложенія ученія о душевныхъ болѣзняхъ. Я въ своемъ изложеніи держался исключительно области индивидуальной психологіи, и не касался тѣхъ въ высшей степени интересныхъ сторонъ этой науки, которыя занимаются изученіемъ душевнаго развитія подъ вліяніемъ общенія съ другими людьми, не касался психологіи педагогической, общественной и психологіи народовъ. Но и мое изложеніе элементарныхъ свѣдѣній изъ области индивидуальной психологіи было бы очень неполно, если бы я не сказалъ о попыткахъ ввести въ изученіе психическихъ явленій методъ математическихъ вычисленій и формулъ. Еслибъ эта попытка удалась, то понятно, что изученіе психическихъ явленій пріобрѣло бы гораздо больше точности и достовѣрности. До сихъ поръ однако эти попытки привели къ сравнительно немногимъ результатамъ. Одинъ изъ результатовъ ихъ есть, такъ называемый, психофизическій законъ.

Психофизическій законъ основанъ на наблюденіяхъ Вебера, показавшаго зависимость измѣненія въ ощущеніи отъ величины раздраженія. Объ этой зависимости уже извѣстно изъ физіологіи и клиники нервныхъ болѣзней, гдѣ ее нужно знать для производства изслѣдованія чувства давленія. Эта зависимость такова: если у меня на ладони лежитъ какая-нибудь тяжесть, то для того, чтобы получить ощущеніе, что тяжесть, лежащая на рукѣ, увеличилась, я долженъ прибавить къ ней какую-нибудь опредѣленную часть *ея*, наприм. $^1/_{10}$. Такъ, если на рукѣ лежитъ 1 фунтъ, то я тогда только получу впечатлѣніе болѣе тяже-

---

[1]) Кромѣ вышецитированнаго сочиненія W. Wundt'a-Grundzüge der Physiologischen Psychologie, см. также издаваемыя имъ Philosophische Studien.

Müller-Zur Grundlegung der Psychophysik, 1878.

Записки психологической лабораторіи психіатрической клиники, изданныя А. А. Токарскимъ, 1896

L'année psychologique—1894 1898, publié par Beaunis et Binet.

Kraepelin Psychologische Arbeiten и др

лаго предмета, когда будетъ прибавлено къ 1 фунту еще $^1/_{10}$ фунта; если же у меня лежитъ не 1 фунтъ, а 2 фунта, то для того, чтобы я различилъ, что тяжесть увеличена, нужно прибавить не $^1/_{10}$, а $^2/_{10}$ фун.; если бы было 10 фунтовъ, то нужно было бы прибавить цѣлый фунтъ, и т. д. Это можно формулировать такъ: для того, чтобы вызвать ощущеніе большей интенсивности, чѣмъ то, которое испытывалось раньше, нужно усиливать величину раздраженія на какую-нибудь ***опредѣленную часть первоначальнаго раздраженія.*** Какова должна быть эта часть, это зависитъ отъ органа чувства и впечатлительности организма. Напримѣръ, для чувства давленія нужна прибавка $^1/_{10}$ первоначальнаго раздраженія, для чувства зрѣнія—$^1/_{100}$, для слуха—$^1/_3$ и т. д. Эта величина называется разностнымъ порогомъ раздраженія. (Порогомъ раздраженія вообще называется ***минимальная*** степень раздраженія, при которой можетъ получиться ощущеніе).

Законъ Вебера можетъ быть выраженъ и такъ: для того, чтобы увеличить ощущеніе въ ариѳметическомъ отношеніи, нужно увеличивать раздраженіе въ геометрическомъ; а такъ какъ такое точно отношеніе существуетъ между числами и ихъ логариѳмами, то то-же самое можно выразить такою формулой: ощущеніе возрастаетъ не пропорціонально самому раздраженію, а пропорціонально его логариѳму. Если мы имѣемъ одно ощущеніе отъ раздраженія x, другое ощущеніе отъ раздраженія y, то отношенія этихъ ощущеній будутъ таковы:

$$\frac{\text{Ощ. x}}{\text{Ощ. y}} = \frac{\lg \text{Разд. x}}{\lg \text{Разд. y}}, \text{ т. е.}$$

ощущеніе пропорціонально логариѳму раздраженія.

Эту формулу Фехнеръ положилъ въ основаніе психофизическаго закона. Онъ полагалъ, что эта формула показываетъ именно отношеніе явленій физическихъ къ психическимъ, такъ какъ изслѣдованія на двигательныхъ нервахъ привели къ заключенію, что между величиною ***физической*** реакціи (т.-е. сокращенія мышцы) и величиною раздраженія существуетъ не логариѳмическое отношеніе, а простое. Онъ думалъ, слѣдовательно, что логариѳмическое отношеніе является только при образованіи ***ощущенія***; а такъ какъ ощущеніе есть простѣйшій ***психическій*** актъ, то и можно было назвать этотъ законъ психофизическимъ.

Послѣдующія изслѣдованія показали однако, что законъ Вебера и Фехнера нуждается въ значительныхъ поправкахъ и дополненіяхъ; что хотя дѣйствительно между величиной раздраженія и ощущеніемъ есть зависимость, но формула, опредѣляющая эту зависимость, не всегда одинакова.

Другой рядъ изслѣдованій психическихъ явленій, въ которыхъ примѣняется методъ счисленія, касается измѣренія времени психическихъ процессовъ. Уже давно извѣстно, что для психическаго акта нужно извѣстное время. Это было отмѣчено еще старинными астрономами: при отмѣткѣ точнаго времени прохожденія той или другой звѣзды черезъ меридіанъ у нѣкоторыхъ наблюдателей всегда получалось запаздываніе, вслѣдствіе чего явилась необходимость установить „личную поправку", особую для каждаго изслѣдователя, въ зависимости отъ быстроты психическихъ актовъ. Впослѣдствіи эта быстрота отдѣльныхъ психическихъ актовъ стала изслѣдоваться болѣе обстоятельно, съ помощью точныхъ инструментовъ, и такимъ образомъ создалась психометрія.

Первоначально большинство работъ въ этой области было произведено въ лабораторіи извѣстнаго физіолога и философа проф. Вундта въ Лейпцигѣ. Подъ его руководствомъ производилось въ первое время развитія психометріи измѣреніе продолжительности разнообразныхъ психическихъ актовъ.

Самое большое вниманіе было сначала обращено на опредѣленіе времени самыхъ простѣйшихъ психическихъ актовъ, именно, на опредѣленіе продолжительности между появленіемъ какого-нибудь внѣшняго раздраженія и какимъ-нибудь движеніемъ, служащимъ сигналомъ, что внѣшнее раздраженіе вызвало ощущеніе. Это дѣлается такъ: изслѣдующій (реагентъ) воспринимаетъ какое-нибудь впечатлѣніе, напримѣръ, короткій стукъ, и тотчасъ же дѣлаетъ условленное сигнальное движеніе, наприм., поднимаетъ палецъ съ ключа, замыкающаго батарейный токъ. Все время, протекшее отъ момента появленія стука до момента сигнальнаго движенія, измѣряется очень точно въ тысячныхъ доляхъ секунды при помощи хроноскопа Гиппʼа, въ которомъ часовой механизмъ начинаетъ и прекращаетъ дѣйствіе въ зависимости отъ прохожденія черезъ него электрическаго тока отъ той же батареи. Полученное время и есть время реакціи или физіологическое время. Въ составъ его входитъ время, потраченное на различные акты: 1) на возникновеніе возбужденія въ органѣ чувства и проведеніе его до головного мозга; 2) на собственно психическій процессъ и 3) на проведеніе двигательнаго импульса отъ головного мозга къ мышцѣ, дѣлающей отмѣтку, и на сокращеніе этой мышцы. Если изъ общаго времени вычесть время, которое приходится на чисто физическіе процессы, т. е. на проведеніе возбужденія по нервамъ и т. п., то можно получить такъ называемое редуцированное время реакціи. Обыкновенно впрочемъ, при психометрическихъ работахъ пишется цифра не редуцированнаго времени, а цѣльнаго физіологическаго времени.

Время реакціи опредѣлялось очень тщательно при самыхъ разнообразныхъ условіяхъ. Такъ опредѣлялось время простой реакціи на впечатлѣнія, полученныя изъ разныхъ органовъ чувствъ. Оказалось, что если реагентъ все свое вниманіе направляетъ на мышечное движеніе, которое онъ долженъ сдѣлать, какъ только получитъ ощущеніе (такъ называемая мускульная реакція), то время простой реакціи для впечатлѣній отъ различныхъ органовъ таково: для зрительныхъ раздраженій 172 σ (греческая сигма обозначаетъ $^1/_{1000}$ секунды), для слуховыхъ 121 σ, для осязательныхъ 105. Если реагентъ обращаетъ вниманіе не столько на движеніе, которое онъ долженъ сдѣлать, а на ощущеніе, на которое онъ долженъ реагировать, то реакція, которая въ этомъ случаѣ называется сенсоріальною, становится значительно продолжительнѣе, напримѣръ, для зрительныхъ ощущеній равна 0,230 секунды вмѣсто 0,172

Нужно впрочемъ сказать, что время реакціи не всегда одинаково у различныхъ изслѣдователей; въ общемъ оно равняется отъ $^1/_8$ до $^1/_4$ секунды. Продолжительность реакціи много зависитъ отъ интенсивности впечатлѣнія и отъ того, ожидаетъ ли реагентъ его, или нѣтъ. Докторъ А. А. Токарскій, значительно видоизмѣнивъ условія опыта, получалъ чрезвычайно короткое время реакціи; именно, на свѣтъ получалась минимальная въ 8, 9 и 13 σ, на звукъ—5 и 8 σ. [1]).

Зная время простой реакціи, можно опредѣлить продолжительность нѣкоторыхъ другихъ психическихъ актовъ, наприм., акта различенія. Если, наприм., будетъ условлено, что передъ реагентомъ будетъ появляться бѣлый или черный кругъ и что онъ долженъ давать сигналъ только послѣ того, какъ различитъ, какой именно кругъ передъ его глазами, то получится время реакціи съ различіемъ. Если, наприм., время простой реакціи равно 0,182, а время реакціи съ различіемъ = 0,224, то разность 0,042 сек. соотвѣтствуетъ времени, впродолженіе котораго совершается различеніе.

Можно сдѣлать еще болѣе сложный опытъ,—напримѣръ, условиться, что если реагентъ увидитъ черный кругъ, то онъ долженъ сдѣлать движеніе правою рукой, если же увидитъ бѣлый, то—лѣвою рукой. Тогда будетъ реакція не только съ различеніемъ, но и съ выборомъ,—она, конечно, будетъ продолжительнѣе реакціи съ различеніемъ; разность между временемъ реакціи съ выборомъ и реакціи съ различеніемъ и покажетъ, сколько времени пошло на актъ выбора.

Такимъ же образомъ можно опредѣлить и продолжительность раз-

[1]) Записки психологической лабораторіи, стр. 72.

ныхъ другихъ психическихъ актовъ. Наприм., если условиться, чтобы реагентъ, увидавъ какое-нибудь многозначное число, далъ бы сигналъ только тогда, когда онъ мысленно прочтетъ это число, то можно получить время восприятія сложнаго представленія. Вычтя изъ этого времени время простой реакціи, можно узнать, сколько времени продолжался самый актъ сложенія простыхъ представленій.

Такимъ же точно образомъ можно узнать время, въ которое совершается та или другая ассоціація, напримѣръ, ассоціація по риѳмѣ: если условиться, что реагентъ долженъ тогда дать сигналъ, когда найдетъ риѳму къ слову, которое произнесутъ передъ нимъ; продолжительность времени, которая пройдетъ между произнесеніемъ слова и сигналомъ, будетъ свидѣтельствовать о быстротѣ ассоціаціи. Это время для самыхъ легкихъ ассоціацій такого рода равно приблизительно отъ $1/_3$ до 1 секунды.

Такимъ образомъ опытовъ съ измѣреніемъ продолжительности той или другой реакціи можно производить довольно много, и они тщательно произведены различными изслѣдователями. Нужно однако сказать, что эти опыты нужно производить съ большимъ вниманіемъ и съ большою осторожностью, иначе могутъ быть существенныя ошибки.

Кромѣ опредѣленія продолжительности реакціи психометрическими изслѣдованіями, опредѣлялось еще и то время, которое нужно для того, чтобы одно впечатлѣніе смѣнилось въ сознаніи другимъ. Это время оказалось равно приблизительно $1/_7$ секунды. Затѣмъ опредѣлялось, сколько однородныхъ впечатлѣній можетъ удержаться въ сознаніи одновременно; оказалось отъ 6 до 16. Этимъ опредѣлялся объемъ сознанія. По другому ряду опытовъ оказалось, что ясно воспринято можетъ быть заразъ около 5—6 представленій (напримѣръ, 5—6 отдѣльныхъ черныхъ черточекъ на бѣлой бумагѣ); этимъ опредѣляется объемъ апперцепціи.

Кромѣ того нѣкоторыми изъ лицъ, занимавшихся психометрическими изслѣдованіями, изучалось значеніе и свойство акта вниманія. Оказалось, что вниманіе не есть непрерывная дѣятельность, а дѣятельность прерывающаяся ритмически приблизительно черезъ каждыя 3 секунды,

Впрочемъ, обо всѣхъ результатахъ психометрическихъ изслѣдованій нѣтъ возможности сказать въ этомъ краткомъ курсѣ. Я хотѣлъ только дать понятіе о направленіи этихъ изслѣдованій; для полнаго же изложенія какъ метода, такъ и результатовъ работъ, сюда относящихся, хватило бы особаго курса. Я добавлю только, что вниманіе изслѣдователей было направлено на самыя разнообразныя стороны вопроса. Из-

слѣдовалось, между прочимъ, и вліяніе введенія разныхъ ядовъ на время психической реакціи, наприм., алкоголя, эѳира, хлороформа, гашиша, также чая и т. п. (Крепелинъ). Оказалось, что они значительно вліяютъ на психическую реакцію, сначала ускоряя ее, а потомъ замедляя. Подъ вліяніемъ однихъ ядовъ ускореніе длится дольше, подъ вліяніемъ другихъ меньше.

Нѣкоторые изслѣдователи, наприм., изъ русскихъ проф. В. Ѳ. Чижъ, г-жа Валицкая, Воротынскій, опредѣляли время психической реакціи и объемъ сознанія у душевно-больныхъ и нашли, что продолжительность реакціи у душевно-больныхъ измѣняется. Рядъ другихъ ученыхъ, какъ проф. Крепелинъ, Ашаенбургъ изслѣдовали опытнымъ путемъ другія стороны психической дѣятельности у душевно больныхъ. Впрочемъ эти изслѣдованія пока еще такъ немногочисленны и такъ затруднительны по своей сложности, что вывести окончательный результатъ изъ нихъ нельзя.

Въ послѣдніе годы какъ число работниковъ по примѣненію метода измѣренія и вообще опытнаго метода къ изученію психологіи увеличилось, такъ и самый кругъ явленій, сдѣлавшихся цѣлью лабораторныхъ изслѣдованій, очень расширился. Лабораторіи появились въ большомъ количествѣ въ Сѣверной Америкѣ, въ Германіи (кромѣ лабораторіи Вундта въ Лейпцигѣ, существуютъ лабораторіи въ Гейдельбергѣ въ психіатрической клиникѣ Крепелина, въ Геттингенѣ у Мюллера, въ Берлинѣ у Кенига, и нѣкоторыя другія). Въ Парижѣ есть 2 лабораторіи: Бине и лабораторія Раймонда въ Сальпетріерѣ. Въ Россіи тоже существуютъ психологическія лабораторіи, большею частью связанныя съ психіатрическими клиниками; только въ Одессѣ психологическая лабораторія (проф. Ланге), связана съ каѳедрой философіи. При Московской психіатрической клиникѣ съ самаго основанія ея были приспособленія для психометрическихъ изслѣдованій. Занятія въ ея психологической лабораторіи съ 1895-го года ведутся докторомъ А. А. Токарскимъ.

Самый кругъ явленій, подлежащихъ опытному изслѣдованію, какъ я сказалъ, въ послѣдніе годы расширился. Опытнымъ путемъ изслѣдуются самыя разнообразныя стороны душевной жизни—условія полученія воспріятія всевозможныхъ категорій,—происхожденіе иллюзіи, законы запоминанія и воспоминанія, процессъ сочетанія идей и т. п; изслѣдуется также опытнымъ путемъ психическая механика различныхъ процессовъ—чтенія, письма и пр.; изслѣдуется вліяніе различныхъ лекарственныхъ и ядовитыхъ веществъ на различныя стороны душевной жизни, изслѣдуются различія явленій по индивидуальности, возрасту

поламъ и расамъ, изслѣдуется вліяніе утомленія и другихъ условій. Въ послѣднее время особенно выдвигается значеніе опытныхъ психологическихъ изслѣдованій для изученія утомленія у дѣтей школьнаго возраста. Какъ бы ни относиться къ нѣкоторымъ изъ психометрическихъ изслѣдованій, грѣшащихъ иногда односторонностью и грубостью физіологическихъ пріемовъ, особенно когда они производятся лицами, не получившими достаточной естественно-научной подготовки, всетаки всякій долженъ согласиться, что примѣненіе опытнаго и измѣрительнаго метода къ изслѣдованію психическихъ явленій дало толчокъ правильному развитію психологіи, и теперь уже рѣдкій изъ психологовъ, даже противоположнаго направленія, рѣшается основывать свои заключенія на разсужденіяхъ, напоминающихъ схоластическое безплодное мудрствованіе, какъ это было въ очень недавнее время.

Общая психопатологія.

Какъ всякій другой организмъ, такъ и организмъ, проявляющій свою жизнь въ психическихъ отправленіяхъ, можетъ подвергаться болѣзни. Эти болѣзни и составляютъ предметъ психіатріи.

Такъ какъ мы знаемъ, что организмъ, проявляющій свою жизнь въ психической дѣятельности, представляетъ собою анатомо-физіологическій субстратъ того, что мы называемъ личностью, то отсюда слѣдуетъ что болѣзненныя разстройства психической, дѣятельности составляютъ болѣзненныя разстройства личности болѣзни личности. Съ другой стороны, такъ какъ органъ, имѣющій наиболѣе тѣсное отношеніе къ психической дѣятельности, есть головной мозгъ, не подлежитъ сомнѣнію, что психическія болѣзни суть въ тоже время болѣзни головнаго мозга.

Разбирая разнообразные случаи, въ которыхъ приходится наблюдать психическія разстройства, можно убѣдиться, что иногда болѣзненныя разстройства психической дѣятельности представляютъ собою только одинъ и даже не самый важный симптомъ общей болѣзни организма, какъ напримѣръ, бредъ при тифѣ и т. п. Въ такомъ случаѣ эти разстройства и лежащія въ основѣ ихъ измѣненія мозговой дѣятельности имѣютъ значеніе только побочныхъ явленій, не составляя *особой* болѣзни. Но иногда *вся* болѣзнь выражается въ разстройствѣ психическихъ отправленій, и измѣненія, опредѣляющія болѣзнь, локализируются именно въ нервныхъ аппаратахъ, служащихъ центрами психической дѣятельности. Въ такомъ случаѣ мы будемъ имѣть душевную или психическую болѣзнь въ тѣсномъ смыслѣ слова.

О проявленіяхъ отдѣльныхъ формъ душевныхъ болѣзней мы будемъ говорить въ частной психіатріи; теперь же должны говорить объ об-

щихъ признакахъ, которыми выражаются душевныя заболѣванія вообще, объ общихъ условіяхъ ихъ развитія и объ общихъ мѣрахъ къ ихъ опредѣленію и разумному отношенію къ нимъ. Прежде всего намъ придется остановиться на тѣхъ симптомахъ, которыми выражаются душевныя болѣзни и на попыткахъ ихъ группировки, затѣмъ мы перейдемъ къ патологической анатоміи душевныхъ болѣзней, ихъ этіологіи, къ изложенію общихъ правилъ для діагностики, прогностики и лѣченія ихъ и закончимъ разсмотрѣніемъ отношенія къ душевно-больнымъ законодательства.

Общая симптоматологія.

Типическія психопатическія состоянія [1]).

Симптомы, которыми проявляются болѣзни, составляющія предметъ психіатріи, могутъ быть или психическіе, или чисто физическіе. То обстоятельство, что душевныя болѣзни выражаются не только разстройствомъ психической дѣятельности, но также и признаками соматическими, нужно всегда помнить, чтобы не упускать изъ виду изслѣдовать подробно весь организмъ, а не ограничиваться только констатированіемъ разстройствъ со стороны одной только психики. Соотношеніе между психическими функціями и физическими отправленіями организма настолько тѣсное, что, какъ показываютъ наблюденія, чрезвычайно часто подъ вліяніемъ чисто психическихъ причинъ являются рѣзкія разстройства въ тѣлесной жизни, и почти нѣтъ ни одного душевно больного, у котораго не было бы въ большей или меньшей степени разстройствъ чисто тѣлесныхъ.

Симптомы душевныхъ заболѣваній очень разнообразны — въ зависимости частью отъ формы болѣзни, частью отъ индивидуальныхъ свойствъ больного. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ у одного и того же больного мы наблюдаемъ не одинъ какой нибудь симптомъ душевнаго заболѣванія, а цѣлую совокупность симптомовъ, находящихся въ болѣе или менѣе тѣсной связи между собою и слагающихся въ болѣе

---

[1]) *Справочныя книги:* Ковалевскій, проф. П. И. Общая психопатологія 1894.
Поповъ, проф Лекціи по общей психопатологіи. 1896.
Emminghaus, Allgemeine Psychopathologie 1878.
Enrico Morselli, Manuale di semeiotica delle malattie mentali I и II.

или менѣе опредѣленную картину психопатическаго состоянія, различную въ различныхъ случаяхъ. Такихъ психопатическихъ состояній, въ которыхъ представляются нашему наблюденію душевно больные, довольно много; но нѣкоторыя изъ нихъ имѣютъ настолько опредѣленныя черты, настолько рѣзко отличаются другъ отъ друга, что заслуживаютъ названіе типичныхъ и носятъ опредѣленное названіе; таковы, напримѣръ, состоянія меланхолическое, маніакальное.

Приступая къ описанію проявленія душевныхъ болѣзней, мы прежде всего и должны познакомиться съ этими типичными состояніями, потому что, какова бы ни была форма душевной болѣзни, все-таки клиническое проявленіе существующихъ при ней психическихъ уклоненій, по большой части, укладывается въ рамки того или другого изъ этихъ типичныхъ состояній, или представляетъ собою ихъ сочетаніе.

Названія описываемыхъ типовъ психопатическихъ состояній соотвѣтствуютъ тѣмъ формамъ душевныхъ болѣзней, въ которыхъ они наблюдаются въ наиболѣе чистомъ видѣ: такъ, напримѣръ, меланхолическое состояніе наблюдается чаще всего и въ наиболѣе чистой картинѣ въ той формѣ болѣзни, которая называется меланхоліей, маніакальное состояніе—въ той формѣ болѣзни, которая называется маніей и т. д. Но изъ этого не слѣдуетъ, что эти состоянія бываютъ ***только*** въ этихъ формахъ болѣзни; они бываютъ и при другихъ формахъ болѣзни, самыхъ разнообразныхъ. Такъ, напримѣръ, меланхолическое состояніе бываетъ не только при меланхоліи, но и при очень многихъ другихъ болѣзненныхъ формахъ; напримѣръ, при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, при старческомъ слабоумiи. Точно тоже можно сказать и о состояніи маніакальномъ, ступорозномъ и другихъ.

Само собою разумѣется, что, познакомившись въ частной психіатріи съ меланхоліей, можно будетъ имѣть болѣе опредѣленное представленіе о томъ, что такое меланхолическое состояніе; познакомившись съ маніей, можно имѣть болѣе точное представленіе о томъ, что такое маніакальное состояніе; словомъ, для того, чтобы составить себѣ ***точное*** представленіе о состояніяхъ, въ которыхъ намъ приходится наблюдать душевно больныхъ, нужно знать тѣ болѣзненныя формы, отъ которыхъ эти состоянія получили свое названіе. Тѣмъ не менѣе и въ началѣ знакомства съ проявленіями психическихъ болѣзней слѣдуетъ составить себѣ хотя бы довольно общее представленіе о главныхъ типическихъ состояніяхъ, съ которыми мы будемъ имѣть дѣло въ клиникѣ; вотъ почему я и начинаю изложеніе симптоматологіи душевныхъ разстройствъ съ краткаго описанія наиболѣе часто встрѣчающихся состояній у душевно больныхъ.

Вотъ эти состоянія:

1. **Меланхолическое состояніе (Status melancholicus).** При этомъ состояніи наиболѣе бросается въ глаза мрачное настроеніе больного, господство надъ всѣмъ душевнымъ содержаніемъ печальнаго, непріятнаго чувства. Больные или испытываютъ страшную тоску, отчаяніе, или мучатся отъ чувства страха, ужаса. Обыкновенно при этомъ существуетъ подавленіе энергіи, связанность мысли, заторможеніе, процессовъ мышленія, душевной жизни, иногда полная неподвижность (пассивное меланхолическое состояніе), или, наоборотъ, бурное двигательное проявленіе, какъ результатъ накопившагося и разразившагося душевнаго страданія (активное меланхолическое состояніе). Иногда это бурное двигательное проявленіе наступаетъ неожиданно, вдругъ, и тогда носитъ названіе меланхолическаго порыва—raptus melancholicus).

Само собою разумѣется, что *степени* меланхолическаго состоянія могутъ быть очень различны. Иногда мы имѣемъ только слабое печальное настроеніе, небольшую тоскливость, уменьшеніе обычнаго чувства довольства, въ соединеніи съ вялостью, апатіею, отсутствіемъ интенсивныхъ влеченій; въ другихъ же случаяхъ мы имѣемъ чрезвычайно рѣзкую картину невыносимаго душевнаго страданія, въ сравненіи съ которымъ всѣ испытываемыя нормальнымъ человѣкомъ страданія—ничто.

Въ чистой формѣ это состояніе бываетъ при меланхоліи, но оно наблюдается въ болѣе или менѣе рѣзкой степени и при другихъ душевныхъ болѣзняхъ.

2. **Маніакальное состояніе (Status maniacalis).** Оно до нѣкоторой степени противоположно предыдущему. При этомъ состояніи преобладаетъ возвышенное самочувствіе и веселое или по крайней мѣрѣ смѣшанное (гнѣвливое, капризное) настроеніе. Больные въ маніакальномъ состояніи обыкновенно очень подвижны. Они постоянно суетятся, имѣютъ очень много желаній, постоянно чего-нибудь требуютъ, къ чему-нибудь стремятся; влеченія ихъ однако не стойки, не глубоки, быстро смѣняютъ одно другое. Мысли также бѣгутъ у нихъ быстро; они почти не могутъ останавливать своего вниманія, поддаваясь напору быстро смѣняющихся идей. Въ связи съ этимъ разговоръ у нихъ поспѣшный, часто непослѣдовательный, вслѣдствіе быстроты смѣны одной мысли другою. Сдержанности у такихъ больныхъ очень мало; чего больной пожелаетъ, сейчасъ онъ и требуетъ и при неудовлетвореніи своего требованія раздражается, выражаетъ нетерпѣніе, недовольство или гнѣвъ.

И здѣсь также мы имѣемъ самыя разнообразныя степени: такъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ маніакальное состояніе проявляется только въ

нѣсколько усиленной предпріимчивости, суетливости, говорливости, въ поверхностности мышленія и въ не совсѣмъ сдержанныхъ, легкомысленныхъ поступкахъ; въ этой степени маніакальное состояніе называется **маніакальною экзальтацiею (exaltatio maniacalis)**. Въ другихъ случаяхъ мы имѣемъ картину чрезвычайно рѣзкаго возбужденія, при которомъ потокъ мыслей такъ быстръ, что рѣчь больного совершенно безсвязна, и душевное содержаніе выражается въ массѣ безпорядочныхъ и разнузданныхъ движеній, въ неумолкаемыхъ крикахъ, въ самыхъ разнообразныхъ проявленіяхъ буйства. Маніакальное состояніе въ такой степени носитъ названіе **неистовства (furor)**.

Маніакальное состояніе въ наиболѣе чистой формѣ встрѣчается при маніи; но оно бываетъ и при остромъ галлюцинаторномъ помѣшательствѣ, при прогрессивномъ параличѣ, при старческомъ слабоумiи и другихъ душевныхъ болѣзняхъ.

3. **Состояніе спутанности (Verwirrtheit, Confusio mentalis, Amentia).** При этомъ состояніи у больныхъ на первомъ планѣ является болѣе или менѣе рѣзко выраженная неясность сознанія, неспособность правильно отдавать отчетъ въ воспріятіяхъ, неспособность оріентироваться и разстройство въ сочетаніи идей. Больные находятся какъ бы во снѣ. Впечатлѣнія, которыя дѣйствуютъ на нихъ, вызываютъ въ нихъ большею частью ощущеніе недостаточной опредѣленности, неясности воспріятія, иногда же воспринимаются совершенно невѣрно, иллюзорно. Часто больные въ такомъ состояніи совершенно не понимаютъ, гдѣ они находятся, кто ихъ окружаетъ, а живутъ въ мірѣ грёзъ, подобныхъ соннымъ грёзамъ. То имъ кажется, что они уже умерли и находятся на томъ свѣтѣ; то кажется, что ихъ окружаютъ нечистые духи или небесныя силы. Многіе принимаютъ окружающихъ людей за лицъ давно умершихъ, за ангеловъ, святыхъ; не узнаютъ окружающихъ лицъ, принимаютъ незнакомыхъ за знакомыхъ, за близкихъ родственниковъ. Во всѣхъ случаяхъ этого рода замѣчается чрезвычайно рѣзкое разстройство сочетанія идей, замѣчается выпаденіе цѣлыхъ звеньевъ въ ассоціаціонной цѣпи, вслѣдствіе чего дѣлается возможнымъ существованіе въ сознаніи самыхъ абсурдныхъ, противорѣчащихъ другъ другу выводовъ, являющихся безъ всякой логической послѣдовательности. Такъ больной въ одно время можетъ назвать себя и своимъ именемъ, и именемъ какой-нибудь исторической личности, одновременно считать себя и на Кавказѣ, и на сѣверѣ, живымъ и мертвымъ и т. п. Очень часто при этомъ бываетъ, кромѣ того, много такъ называемыхъ обмановъ чувствъ (галлюцинацій), причемъ человѣкъ видитъ и слышитъ и вообще воспринимаетъ то, чего на самомъ дѣлѣ нѣтъ; въ такомъ случаѣ спутанность называется **галлюцинаторною**.

Подъ вліяніемъ спутаннаго состоянія сознанія, конечно, и внѣшнее проявленіе душевной жизни будетъ совершенно неправильное. Больной то прячется отъ всѣхъ, чувствуя необъяснимый страхъ, какъ результатъ растерянности, то, напротивъ, буйствуетъ, кричитъ, исступленно борется съ окружающими, не понимая ихъ значенія, то, наконецъ, находится въ полной неподвижности, оцѣпенѣніи. Смотря по внѣшнему проявленію, состояніе спутанности подраздѣляется на нѣсколько видовъ. Такъ различаютъ:

a) Состояніе сумеречное (**Dämmerzustand**). При этомъ состояніи больной находится какъ-бы въ полуснѣ; онъ воспринимаетъ окружающее частью довольно правильно, частью же обманчиво; нѣкоторыя же впечатлѣнія изъ окружающаго какъ будто вовсе не доходятъ до его сознанія. Вслѣдствіе этого поведеніе больного поражаетъ страннымъ сочетаніемъ нѣкоторыхъ какъ-бы цѣлесообразныхъ актовъ съ совершенно безсмысленною реакціей на многое, дѣйствующее на него извнѣ.

Очень близко стоитъ къ этому состояніе такъ называемаго психическаго автоматизма или транса, во время котораго дѣйствія больного хотя цѣлесообразны, но не отчетливы, не сознательны. Примѣры такихъ состояній будутъ представлены въ дальнѣйшемъ изложеніи.

b) Состояніе общаго бреда (**Delirium commune**). При этомъ состояніи вмѣстѣ съ глубокою спутанностью замѣтно болѣе или менѣе сильное возбужденіе всѣхъ сферъ душевной жизни: больной неправильно воспринимаетъ окружающее; то, что онъ видитъ и слышитъ, вызываетъ у него представленія и воспоминанія, не соотвѣтствующія дѣйствительности, вслѣдствіе чего сознаніе его затоплено массой фантастическихъ образовъ, иллюзій и галлюцинацій. Воспоминанія и фантастическіе образы смѣняютъ другъ друга быстро, безпорядочно; больной не имѣетъ возможности остановить наплыва образовъ, возникающихъ въ его сознаніи вслѣдствіе чрезмѣрнаго возбужденія мозговой коры, и пассивно подчиняется самымъ противорѣчивымъ, страннымъ, безсмысленнымъ представленіямъ, овладѣвающимъ его вниманіемъ. Рядомъ съ этимъ—постоянная смѣна аффектовъ: больной то становится дико веселъ, то гнѣвливъ, буенъ, то испытываетъ крайній ужасъ, страхъ. Соотвѣтственно этому, являются болѣе или менѣе сильныя побужденія, влекущія тѣ или другія дѣйствія, большею частью дикія, бурныя, въ формѣ разнузданныхъ движеній съ разрушительнымъ и враждебнымъ по отношенію къ окружающимъ характеромъ.

Это состояніе общаго бреда имѣетъ иногда внѣшнее сходство съ маніакальнымъ состояніемъ, но отличается отъ него тѣмъ, что при маніакальномъ состояніи на первомъ планѣ стоитъ простое увеличеніе

влеченій и ускореніе хода представленій, здѣсь же на первомъ планѣ— спутанность сознанія, глубокіе дефекты въ сочетаніи идей.

Состояніе общаго бреда можетъ обусловливаться очень разнообразными разстройствами головного мозга и встрѣчается не только при чистодушевныхъ болѣзняхъ, но и при другихъ страданіяхъ, какъ наприм., при тифѣ и другихъ инфекціонныхъ формахъ, при отравленіяхъ, менингитахъ, острой энцефалитѣ.

По степени двигательнаго проявленія общаго бреда различаютъ буйную форму его (Delirium furibundum) и тихую (Del. placidum). При тихой формѣ иногда хаотическое состояніе сознанія и безсвязная смѣна представленій сочетаются не съ рѣзкимъ двигательнымъ возбужденіемъ, а съ едва слышнымъ бормотаніемъ безсвязныхъ фразъ, съ безпрерывномъ перебираніемъ руками бѣлья и другихъ предметовъ, хватаніемъ себя за половые органы. Тогда бредь носитъ также названіе Del. mussitans. Его нерѣдко приходится наблюдать въ тяжелыхъ формахъ тифа, менингита и т. п. болѣзняхъ.

c) Ступоръ (Stupor). По *внѣшнему* проявленію это состояніе представляетъ противоположность общему бреду. При общемъ бредѣ всегда есть большая или меньшая степень возбужденія, а при ступорѣ замѣтна вялость, задержка психическихъ процессовъ. Въ развитыхъ случаяхъ этого состоянія больной поражаетъ своею неподвижностью, какъ бы оцѣпенѣніемъ (слово stupor происходитъ отъ глагола stupere — оцѣпенѣть, остолбенѣть). Лицо его неосмысленно, тупо, черты лица разслаблены, нижняя губа оттопырена, ротъ раскрытъ, изъ него течетъ слюна. Больной сидитъ или стоитъ неподвижно, иногда по цѣлымъ часамъ, не перемѣняя позы, мочится и испражняется подъ себя. Если его не кормить, онъ не будетъ ѣсть, — не поить, не будетъ пить. Больной точно не видитъ и не слышитъ того, что происходитъ вокругъ него, и не реагируетъ на самыя сильныя впечатлѣнія. Повидимому, жизнь представленій еле-еле теплится въ его психикѣ, что выражается тѣмъ, что иногда онъ что-то бормочетъ про себя, шепчетъ отрывочныя слова или произноситъ какіе-то непонятные звуки, точно собираясь что-то сказать. Больной часто не отдаетъ отчета — ни гдѣ онъ, ни даже, кто онъ.

Конечно, не всегда ступорозное состояніе бываетъ въ такой рѣзкой степени. Чаще приходится встрѣчаться съ болѣе слабыми степенями его, составляющими цѣлый рядъ переходныхъ градацій отъ тяжелыхъ формъ оцѣпенѣлости къ сумеречному состоянію.

Нѣкоторыми психіатрами отождествляется съ ступоромъ состояніе, дѣйствительно близко стоящее къ нему — это именно состояніе оглушенія (status attonitus, отъ attono — оглушаю громомъ).

При этомъ больной по большей части тоже неподвиженъ и также по внѣшности мало реагируетъ на окружающее; но во многихъ случаяхъ этого состоянія можно замѣтить, что сознаніе больного не такъ глубоко подавлено, какъ при настоящемъ ступорѣ: при ступорѣ въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ въ сознаніи блѣдные образы, смѣняющіе другъ друга въ полномъ хаотическомъ безпорядкѣ. При состояніи же оглушенія мы видимъ нерѣдко, что сознаніе всецѣло поглощено какою-нибудь одной идеей, напр., представленіемъ какого-нибудь ужаснаго событія. Вниманіе точно *приковано* къ этой идеѣ, не можетъ оторваться отъ него, вслѣдствіе чего другія впечатлѣнія не находятъ доступа къ сознанію. Эта скованность мысли, поглощеніе сознанія чѣмъ-нибудь однимъ и дѣлаетъ больного точно глухимъ и слѣпымъ по отношенію къ окружающему. Скованности сознанія нерѣдко соотвѣтствуетъ и своеобразное состояніе мускулатуры: мышцы лица у такихъ больныхъ напряжены; въ конечностяхъ и туловищѣ часто тоже замѣчается напряженіе какъ бы *тоническое*, а иногда и то явленіе, которое описывается какъ *восковая гибкость* (*flexibilitas cerea*) и которое выражается въ томъ, что конечность сохраняетъ на болѣе или менѣе долгое время всякое приданное ей положеніе (поднять руку, — она такъ и останется; раздвинуть пальцы, — они такъ и останутся), какъ будто конечности, да и все туловище, сдѣланы изъ мягкаго воска. Нужно замѣтить, что переходы между этимъ состояніемъ и состояніемъ настоящаго ступора очень постепенны, такъ что во многихъ случаяхъ рѣшительно нельзя сказать, имѣемъ ли мы дѣло съ настоящимъ ступоромъ или съ чистою атоничностью.

Различные виды спутанности, какъ мы увидимъ, чаще всего и въ наиболѣе рѣзкой формѣ являются въ тѣхъ болѣзняхъ, которыя носятъ названіе первично развивающагося безсмыслія (**Amentia Meynerti, Dysnoia, Stupiditas**) и остраго бреда (**Delirium acutum**); но спутанность бываетъ и при различныхъ другихъ болѣзненныхъ формахъ, какъ наприм., при прогрессивномъ параличѣ, эпилептическомъ, истерическомъ помѣшательствѣ и проч.

4. Состояніе помѣшательства (Status paranoicus, Verrücktheit). Это состояніе въ наиболѣе чистомъ видѣ бываетъ при такъ-называемомъ первичномъ помѣшательствѣ (**Paranoia primaria**), но оно бываетъ и въ другихъ болѣзняхъ. При немъ у больныхъ на первомъ планѣ существуютъ ложныя, болѣзненно неправильныя идеи о ***нѣкоторой части*** предметовъ и явленій. Такъ, въ однихъ случаяхъ больной, наприм., считаетъ, что его преслѣдуютъ шпіоны или какіе-нибудь мошенники: онъ считаетъ, что люди, встрѣчающіеся съ нимъ, переодѣваются и грими-

рются нарочно, чтобы онъ, больной, ихъ не узналъ; они всячески желаютъ ему вредить, они подкладываютъ ядъ въ его пищу, они распускаютъ про него сплетни, дѣлаютъ его предметомъ насмѣшекъ или мишенью оскорбленій всего города и т. п. Нѣкоторые больные считаютъ себя принадлежащими къ какому-нибудь знатному роду, одинъ—наслѣдникомъ престола, другой — главою государства. Нѣкоторые считають, что какія нибудь части тѣла ихъ сдѣлались не тѣ, что были прежде— такъ, одинъ больной утверждаетъ, что у него уже нѣтъ желудка, высохъ спинной мозгъ, другой—очень дѣльный торговецъ, продолжающій свои занятія вполнѣ правильно, — нѣсколько лѣтъ твердитъ, что у него въ животѣ змѣи и умоляетъ хирурговъ сдѣлать ему операцію, чтобы удалить ихъ. Часто на ряду съ этими ложными, иногда совершенно нелѣпыми идеями по отношенію къ одному кругу представленій, существуетъ довольно правильное отношеніе къ очень многимъ явленіямъ, съ которыми приходится сталкиваться больнымъ. Многие изъ больныхъ, имѣя нелѣпыя идеи, могутъ правильно исполнять свои обязанности, напримѣръ, вести торговлю, занимать какую-нибудь служебную должность. Люди, не достаточно опытные въ психіатріи, часто рѣшительно не могутъ у такихъ больныхъ подмѣтить какихъ-нибудь другихъ уклоненій отъ нормы, кромѣ ложныхъ идей въ одной области представленій, такъ называемыхъ профанами „пунктовъ помѣшательства", вслѣдствіе чего такіе больные и считались долгое время страдающими одностороннимъ помѣшательствомъ (monomania). Теперь это названіе отброшено, потому что доказано, что и у этихъ больныхъ страдаетъ не одна только сторона душевной жизни, а *вся* психика ихъ ненормальна, и эта-то ненормальность психики и выражается въ первично существующей наклонности къ образованію ложныхъ, болѣзненно неправильныхъ идей при достаточной степени сохраненія ясности сознанія и способности владѣть своимъ вниманіемъ.

Въ чистомъ видѣ это состояніе бываетъ, какъ я сказалъ, при паранойѣ, но оно бываетъ и при другихъ болѣзняхъ, напримѣръ, въ сочетаніи съ меланхолическимъ состояніемъ и съ слабоуміемъ.

5. **Состояніе слабоумія (Dementia, Blödsinn).** При этомъ состояніи больные представляютъ бóльшую или меньшую степень того, что въ общежитіи называется глупостью, умственною тупостью. Больные въ этомъ состояніи соображаютъ плохо, или даже совсѣмъ не соображаютъ. Если иногда и замѣтно сносное соображеніе, то бóльшею частью его хватаетъ только на какую-нибудь небольшую умственную работу; чуть представится больному на разрѣшеніе какая-нибудь задача посложнѣе,— сообразительность оказывается недостаточною. Даже въ относительно

слабыхъ формахъ слабоумія способность осмышленія и плодотворной дѣятельности рѣзко уменьшается, критика становится очень недостаточна, односторонняя, мышленіе не глубоко, способность приспособлять окружающее къ своимъ потребностямъ пропадаетъ. Вмѣсто процессовъ умственнаго творчества замѣчается наклонность къ шаблону; мышленіе замѣняется почти автоматической смѣной привычныхъ, давно заученныхъ сочетаній. Большею частью при этомъ душевная энергія вообще рѣзко уменьшается; особенно падаютъ умственные интересы, вслѣдствіе чего кругъ жизни больного чрезвычайно суживается. Часто при этомъ память тоже слабѣетъ и больнымъ становится трудно усвоить какія-нибудь новыя знанія, научиться чему-нибудь новому, хотя бы легкому.

Само собою разумѣется, что въ состояніи слабоумія можетъ быть очень значительная разница, смотря по степени болѣзни. При слабыхъ формахъ слабоумія мы имѣемъ на-лицо только узковзглядость, нѣкоторую недостаточность въ способности воспринять что-нибудь новое, тупость, суженіе умственныхъ интересовъ, недомысліе, безтолковость тогда какъ при самыхъ сильныхъ степеняхъ слабоумія дѣло доходитъ до полной невозможности осмышленія, полной потери прежняго запаса знаній,—словомъ, почти полнаго прекращенія интеллектуальной дѣятельности.

Нужно замѣтить, что очень часто слабоуміе сочетается съ состояніемъ спутанности, такъ что является картина слабоумія со ступоромъ или со спутанностью, отъ котораго нужно отличать слабоуміе безъ ступора, т.-е. чистую форму слабоумія; при этой чистой формѣ сознаніе бываетъ иногда довольно ясно, хотя очень не широко и не объемисто; при этомъ рѣзко замѣтны уменьшеніе запаса свѣдѣній и знаній, свойственныхъ нормальному человѣку, и недостаточность той силы, при помощи которой у человѣка образуются общіе выводы и общія понятія.

Слабоуміе въ наиболѣе чистой формѣ встрѣчается или въ случаяхъ врожденнаго недоразвитія умственныхъ способностей, или въ такъ-называемомъ вторичномъ слабоуміи, которое является исходомъ многихъ другихъ психическихъ заболѣваній, когда дѣло не кончается полнымъ выздоровленіемъ.

6. **Состояніе психической неуравновѣшенности. (Inequilibrietas psychica).** Такъ называется такое состояніе, при которомъ проявленія душевной дѣятельности не представляютъ той гармоніи, которая должна быть въ нормальномъ состояніи, но и не представляютъ той сильной степени дисгармоніи, которая наблюдается при состояніяхъ, описанныхъ въ предыдущихъ параграфахъ. Это состояніе—какъ бы промежуточное между

нормальнымъ психическимъ состояніемъ и тѣмъ, что въ общежитіи называется сумасшествіемъ (alienatio). При этомъ личность человѣка сохраняетъ въ большинствѣ случаевъ черты, свойственныя личности въ состояніи здоровья, но отдѣльные элементы ея соединены не такъ гармонично,—нѣтъ того равновѣсія, которое свойственно нормѣ. Вслѣдствіе этого при этомъ состояніи мы видимъ часто черезчуръ рѣзкое развитіе одной какой-нибудь стороны душевной сферы въ ущербъ другой, несоотвѣтствіе между мыслями и чувствами, мыслями и поступками и т. п. Проявленія этой недостаточной уравновѣшенности до крайности разнообразны: то, напримѣръ, она проявляется въ томъ, что однѣ какія-нибудь идеи неотвязно преслѣдуютъ человѣка,—онъ не можетъ отъ нихъ отдѣлаться, несмотря на всѣ усилія; то является необъяснимая тревога по поводу ничтожнаго обстоятельства; то оказывается, что у человѣка существуетъ рядъ самыхъ оригинальныхъ привычекъ, побуждающихъ его къ поступкамъ почти абсурднымъ, а между тѣмъ онъ человѣкъ въ остальномъ достаточно разсудительный; то это—чрезмѣрная конфузливость, мизантропія, вслѣдствіе чего человѣкъ дичится людей, не выноситъ ихъ присутствія; то это, наоборотъ, чрезмѣрное влеченіе къ чему-нибудь, наприм., къ злоупотребленію спиртными напитками, морфіемъ, или даже къ такимъ поступкамъ, какъ членовредительство, убійство, воровство, поджогъ; то это неспособность приспособиться къ окружающимъ условіямъ, вслѣдствіе отсутствія чувства мѣры и такта; то это почти полное отсутствіе нравственнаго чувства и т. п.

О разныхъ проявленіяхъ недостаточной уравновѣшанности въ психической сферѣ мы еще будемъ говорить; здѣсь же я долженъ только указать, что психіатру очень часто приходится имѣть дѣло съ этимъ состояніемъ. Оно очень нерѣдко наблюдается у людей *въ продромальномъ періодѣ* многихъ душевныхъ болѣзней, какъ напримѣръ, меланхоліи, маніи, остраго безсмыслія, помѣшательства и прогрессивнаго паралича. При этомъ оно большею частью выражается въ явленіяхъ раздражительной слабости въ психической сферѣ. Но кромѣ того оно составляетъ характерное состояніе для тѣхъ больныхъ, которые причисляются къ категоріи вырождающихся или дегенерантовъ.

Мы будемъ говорить впослѣдствіи подробнѣе о дегенерантахъ и о дегенераціи (вырожденіи). Здѣсь же я ограничусь только небольшимъ замѣчаніемъ, что дегенерантами называются чаще всего такіе люди, у которыхъ, благодаря (въ большинствѣ случаевъ) наслѣдственнымъ вліяніямъ (пьянство родителей или предковъ, психическія и нервныя болѣзни у нихъ, чрезмѣрное утомленіе и слабость ихъ), нервная система развивается неправильно, и соотвѣтственно этому и психическая сфера

представляетъ уклоненія отъ правильнаго развитія. Эти уклоненія могутъ быть иногда настолько велики, что душевная жизнь почти совсѣмъ не развивается: это—такъ называемые идіоты, или слабоумные отъ рожденія. Въ другихъ же случаяхъ развитіе душевной дѣятельности совершается приблизительно до нормальнаго уровня, иногда даже переходитъ выше средняго уровня, но все-таки замѣчается большее или меньшее количество неправильностей въ развитіи ея, большее или меньшее количество „недостаточностей“. Личность у такихъ людей развивается, но элементы ея часто недостаточно уравновѣшены, или равновѣсіе ихъ весьма неустойчиво. Вотъ такіе-то люди чаще всего и называются дегенерантами.

Состояніе психической неуравновѣшенности, которое наблюдается у различныхъ лицъ, относящихся къ этой категоріи, бываетъ различной степени въ отдѣльныхъ случаяхъ. Иногда оно съ перваго раза бросается въ глаза, иногда же оно настолько невелико, что едва замѣтно даже врачу и почти не мѣшаетъ больному вести жизнь, совершенно подходящую къ нормальнымъ условіямъ. Это объясняется тѣмъ, что между нормальнымъ состояніемъ человѣка и рѣзкою степенью вырожденія—градацій, переходныхъ ступеней, очень много и рѣзкихъ границъ положить нѣтъ никакой возможности.

Этимъ я закончу изложеніе наиболѣе типичныхъ состояній, съ которыми приходится сталкиваться психіатру. Знакомство съ ними будетъ конечно полнѣе, когда мы перейдемъ къ изученію *отдѣльныхъ формъ* психическихъ болѣзней и съ другой стороны, когда мы болѣе подробно познакомимся съ тѣми *элементарными разстройствами* душевной дѣятельности, изъ комбинаціи которыхъ слагаются эти состоянія. Знакомство съ этими элементарными разстройствами необходимо, чтобы при наблюденіи различныхъ состояній у душевно-больныхъ имѣть возможность произвести такъ-сказать *анализъ* наблюдаемаго состоянія, безъ чего невозможна діагностика психическихъ болѣзней.—Къ разсмотрѣнію этихъ элементарныхъ разстройствъ мы и должны теперь перейти.

Элементарныя разстройства душевной дѣятельности.

Болѣзненныя разстройства въ душевной дѣятельности захватываютъ обыкновенно всѣ ея сферы; рѣдко бываетъ, чтобы при душевной бо-

лѣзни была поражена одна сфера интеллекта или одна сфера чувства, одна сфера воли; бо̀льшею частью на-ряду съ разстройствами въ сферѣ интеллекта находятся и разстройства душевнаго чувства, и разстройства въ сферѣ воли. Однако для удобства изученія, а главное для того, чтобы при постановкѣ клинической діагностики имѣть извѣстный планъ для изслѣдованія и анализа,—различные симптомы, наблюдаемые при душевныхъ болѣзняхъ, раздѣляются на отдѣльныя группы, смотря по тому, къ разстройству какой сферы они относятся. Такимъ образомъ являются болѣзненныя разстройства въ сферѣ интеллекта, въ сферѣ душевнаго чувства, въ сферѣ воли и разстройства сознанія. Мы начнемъ съ обозрѣнія элементарныхъ болѣзненныхъ разстройствъ въ интеллектуальной сферѣ.

1. Разстройства въ интеллектуальной сферѣ.

Мы знаемъ, что богатство нашего интеллекта заключается въ запасѣ представленій и понятій. Представленія образуются изъ ощущеній; представленія запоминаются, т.-е. слѣды ихъ хранятся въ скрытомъ состояніи, по временамъ возстановляются, репродуцируются, являются въ формѣ идей, вступаютъ между собою въ сочетанія, ассоціируются, образуютъ новыя категоріи представленій, образуютъ понятія. Благодаря законамъ ассоціаціи, сочетанія представленій происходятъ въ извѣстной послѣдовательности. При извѣстной правильности сочетанія получаются правильныя сужденія, умозаключенія и выводы, являются правильныя логическія операціи въ формѣ акта мышленія. Благодаря всему этому мы и познаемъ міръ правильно — въ тѣхъ границахъ, въ которыхъ это доступно человѣку.

Но умственная дѣятельность человѣка можетъ подвергнуться разстройству, и тогда способность познаванія разстраивается. Въ какой формѣ появится это разстройство, это будетъ различно, смотря по тому, что именно будетъ разстроено въ механизмѣ интеллектуальной дѣятельности. Иногда эти разстройства можно назвать только количественными, напримѣръ, когда умственная дѣятельность будетъ совершаться лишь болѣе или менѣе *недостаточно*, когда она будетъ ограничена вообще или въ какой-нибудь отдѣльной части своей; но чаще эти разстройства бываютъ и качественныя, такъ какъ благодаря разстройству механизма умственной дѣятельности *содержаніе* интеллектуальной дѣятельности бываетъ неправильно, а иногда и совершенно *извращено*; въ послѣднемъ случаѣ человѣкъ имѣетъ нерѣдко превратное предста-

вление объ явленіяхъ внѣшняго міра и о самомъ себѣ, напримѣръ, называетъ себя именемъ Александра-Македонскаго, а окружающихъ считаетъ за придворныхъ: или считаетъ себя за человѣка обреченнаго на казнь, а окружающихъ за палачей; или совершенно не узнаетъ своего помѣщенія, своихъ близкихъ и т. п.

Хотя очень часто у душевно больныхъ количественныя разстройства соединяются въ большей или меньшей степени съ качественными, но все-таки это не всегда. Иногда (и притомъ вовсе не рѣдко) бываютъ случаи, когда никакихъ признаковъ качественныхъ разстройствъ въ интеллектуальной дѣятельности, т. е. извращеннаго пониманія,—мы не можемъ замѣтить у больного, а замѣчаемъ только уклоненія количественныя, бѣдность или чрезмѣрное обиліе идей, ускореніе или замедленіе мышленія, слабость или особую силу памяти, или измѣненія, касающіяся лишь формы сочетанія идей между собою (такъ наз. формальныя разстройства), не вызывающія извращеннаго пониманія. Эти случаи даютъ часто поводъ къ недоразумѣніямъ между врачемъ психіатромъ и не врачами. Врачъ, видя что человѣкъ сталъ умственно вялъ, что мышленіе его рѣзко ограничено, память слаба, указываетъ, что онъ психически боленъ, а ему возражаютъ, что, такъ какъ этотъ человѣкъ не говоритъ никакой вопіющей нелѣпости, онъ, слѣдовательно, не можетъ быть причисленъ къ „помѣшаннымъ" и не можетъ быть третируемъ какъ душевно больной. Такого рода недоразумѣнія, основанныя на различныхъ точкахъ зрѣнія (врачъ привыкъ обращать вниманіе не только на то, что новаго развилось у человѣка вслѣдствіе болѣзни, но и на то, чего въ немъ не достаетъ изъ прежнихъ его свойствъ, а не врачи часто совсѣмъ не замѣчаютъ послѣдней стороны или не придаютъ ей патологическаго значенія) — являются существеннымъ препятствіемъ для своевременнаго помѣщенія душевно-больныхъ въ лѣчебницу и для наложенія на нихъ опеки.

Болѣзненныя разстройства, которыя наблюдаются въ интеллектуальной сферѣ, таковы:

А) Количественныя разстройства въ интеллектуальной дѣятельности.

Прежде всего слѣдуетъ отмѣтить, что при душевныхъ болѣзняхъ замѣчается очень большая разница въ общей напряженности процессовъ, лежащихъ въ основѣ интеллектуальной дѣятельности. Такъ въ однихъ случаяхъ мы видимъ чрезмѣрное возбужденіе этихъ процессовъ, въ другихъ, наоборотъ, угнетеніе ихъ почти до полнаго прекращенія.

Какъ мы увидимъ изъ частной психіатріи, интеллектуальное возбужденіе бываетъ при такихъ формахъ, какъ манія, при которой бываетъ большею частью наплывъ мыслей, быстрая смѣна ихъ, большое двигательное возбужденіе, и при формахъ, въ которыхъ до извѣстной степени замѣтно маніакальное состояніе, какъ, напримѣръ, при остромъ бредѣ, остро развивающемся безсмысліи и прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ. При этомъ иногда интеллектуальное возбужденіе бываетъ такъ велико, что уже нѣтъ никакой возможности говорить о сколько-нибудь правильной интеллектуальной дѣятельности. Мышленія и осмышленія при этой степени совсѣмъ не замѣтно, а существуетъ безпорядочный наплывъ идей, которыя толпятся въ сознаніи и вытѣсняютъ другъ друга, не давая возможности сосредоточиться. Въ сознаніи всплываетъ масса воспоминаній, но большею частью малосвязныхъ, отрывочныхъ. Сочетаніе идей совершенно случайное; иногда идеи взаимно противорѣчивы. Въ большинствѣ случаевъ возникающія мысли быстро переходятъ въ слова и акты, вслѣдствіе чего интеллектуальное возбужденіе часто сопровождается и двигательнымъ возбужденіемъ, и возбужденіемъ рѣчи.

Въ другихъ случаяхъ мы находимъ, наоборотъ, подавленіе интеллектуальной дѣятельности. Иногда оно бываетъ не въ большой степени и тогда выражается въ вяломъ ходѣ идей, въ слабомъ напряженіи возникающихъ въ сознаніи представленій, въ суженіи круга идей; иногда же оно достигаетъ очень большой степени, и тогда мы видимъ крайнее угнетеніе умственной дѣятельности, доходящее иногда до полной остановки ея. Это бываетъ часто при томъ состояніи, которое носитъ названіе ступора: при этомъ обыкновенно въ сознаніи бываетъ ничтожное количество представленій, притомъ очень блѣдныхъ, сочетаніе представленій совершается крайне вяло, при полномъ отсутствіи направляющей силы ума.

Переходя къ болѣе детальному анализу симптомовъ, которые относятся къ количественнымъ разстройствамъ въ интеллектуальной дѣятельности, мы должны различать слѣдующія элементарныя разстройства:

1. разстройства въ количествѣ идей,
2. разстройства въ напряженности идей,
3. разстройства въ сочетаніи идей, распадающіяся на
    а) разстройства въ быстротѣ смѣны идей,
    б) разстройства въ связности идей,
    в) разстройства, выражающіяся въ недостаточности (дефектности) умственныхъ логическихъ операцій,
4. разстройства памяти,
5. разстройства воображенія.

1. **Разстройства въ количествѣ идей.** Количество идей, которое существуетъ у вполнѣ здоровыхъ людей, различно. Это прежде всего зависитъ отъ интеллектуальнаго развитія человѣка. У развитыхъ людей запасъ представленій и понятій больше, чѣмъ у неразвитыхъ. У дикихъ народовъ количество понятій гораздо меньше, чѣмъ у народовъ культурныхъ. До нѣкоторой степени указаніемъ на количество понятій, находящихся въ запасѣ у человѣка, служитъ количество словъ, имъ употребляемыхъ [1]): такъ по изслѣдованіямъ Макса Мюллера оказывается, что лексиконъ простого англійскаго рабочаго ограничивается какими-нибудь 300 словами, а количество словъ, употребляемыхъ людьми интеллигентными, великими писателями далеко переходитъ за десятокъ тысячъ: въ сочиненіи Шекспира число словъ доходитъ до 15000.

Въ зависимости *отъ болѣзни* количество представленій и понятій тоже измѣняется.

Съ этой стороны можно наблюдать различныя явленія.

Такъ, напримѣръ, можетъ-быть очень рѣзко уменьшенъ въ сравненіи съ среднею нормой запасъ идей, которыя могутъ быть у человѣка. Это бываетъ при *идіотизмѣ*, т. е. при врожденномъ недоразвитіи умственныхъ способностей, и при *вторичномъ слабоуміи*, т.-е. при ослабленіи умственныхъ способностей, развившемся послѣдовательно за какою-нибудь другою душевною болѣзнью или за какимъ нибудь органическимъ заболѣваніемъ головного мозга. При первой изъ этихъ формъ, т. е. при врожденномъ слабоуміи, запасъ представленій и понятій малъ, потому что иногда совсѣмъ не развита способность образовать понятія, а иногда, хотя способность образовать представленія и понятія и есть, но она крайне недостаточна.

Какъ мы увидимъ впослѣдствіи, при разсмотрѣніи различныхъ формъ *прирожденнаго слабоумія*, — иной разъ бываютъ индивидуумы, у которыхъ совсѣмъ не могутъ развиваться никакія представленія вслѣдствіе крайняго недоразвитія мозга; у другихъ прирожденно-слабоумныхъ, хотя и могутъ образоваться конкретныя представленія, но не развивается вовсе или почти не развивается общихъ понятій. Такъ, у находящейся въ Московской психіатрической клиникѣ описанной мною малоголовой идіотки (микроцефалки) [2]) представленій довольно много, но общихъ понятій очень мало, и потому процессъ умозаключенія и сужденія

---

[1]) Конечно это только до извѣстной степени: очень часто попадаются люди, у которыхъ понятій гораздо меньше, чѣмъ повторяемыхъ имъ по наслышкѣ словъ.

[2]) „Къ психологіи микроцефаловъ. Вопросы философіи и психологіи 1894 г.

почти отсутствуетъ. У болѣе развитыхъ идіотовъ существуетъ и болѣе развитая способность къ образованію понятій, вслѣдствіе чего возможны и процессы умозаключенія, возможно мышленіе, но все-таки запасъ идей очень малъ въ сравненіи съ нормой, что и обнаруживается въ бѣдности содержанія умственной жизни такихъ лицъ.

При другой формѣ, *при пріобрѣтенномъ слабоуміи*, умственный запасъ уменьшается, по всей вѣроятности, вслѣдствіе уничтоженія нервныхъ элементовъ мозговой коры, являющагося или вслѣдствіе долговременно бывшей душевной болѣзни, или вслѣдствіе прямого пораженія мозговой коры болѣзненнымъ процессомъ (процессы воспалительные, сдавленіе мозга, атрофія коры и пр.). Подъ вліяніемъ всѣхъ этихъ процессовъ уничтожаются элементы, хранящіе слѣды представленій и понятій въ мозгу, и соотвѣтственно этому не только утрачивается способность къ образованію новыхъ понятій (уменьшеніе этой способности очень часто составляетъ признакъ развивающагося слабоумія), но теряется и запасъ прежде образованныхъ. Такъ больные, страдающіе прогрессивнымъ параличемъ въ послѣднемъ періодѣ болѣзни, совсѣмъ не имѣютъ никакого представленія не только о томъ, что они когда-то заучивали, но даже и объ отношеніяхъ къ нимъ самыхъ близкихъ людей.

Въ подобныхъ случаяхъ утрачивается—и большею частью навсегда,—какъ было сказано, запасъ прежде бывшихъ идей. Но бываютъ состоянія душевнаго разстройства, при которыхъ недостаточное количество идей обнаруживается и тогда, когда запасъ ихъ самъ по себѣ и достаточенъ, и даже остается такой же, какъ былъ раньше до заболѣванія: въ этихъ случаяхъ, хотя самъ по себѣ запасъ идей достаточенъ, но изъ него по тѣмъ или другимъ причинамъ ***вступаютъ въ сознаніе лишь немногія***, такъ что изъ разговора и изъ отношеній больного видно, что количество представленій и понятій, которыми онъ оперируетъ,—ничтожно. Это бываетъ при различныхъ формахъ душевныхъ болѣзней, характеризующихся подавленіемъ душевной дѣятельности: при ступорѣ, при первичномъ излѣчимомъ слабоуміи и при нѣкоторыхъ формахъ меланхоліи. При ступорѣ это бываетъ потому, что энергія душевной дѣятельности вообще слабѣетъ при этомъ состояніи, при первичномъ слабоуміи — потому, что при этой болѣзни развивается разстройство нервныхъ элементовъ, дѣлающее невозможнымъ на болѣе или менѣе долгое время репродукцію представленій въ нормальномъ объемѣ, при меланхоліи—потому, что при ней вслѣдствіе крайне односторонней воспріимчивости возникаютъ въ сознаніи почти исключительно лишь мрачныя мысли.

При всѣхъ этихъ состояніяхъ мы имѣемъ такимъ образомъ суженіе круга возникающихъ въ сознаніи идей.

Въ другихъ случаяхъ мы видимъ, *что количество идей,—являющихся въ сознаніи изъ запаса, болѣе, чѣмъ обыкновенно*, является наплывъ идей, наплывъ представленій. Это бываетъ при психическихъ разстройствахъ, характеризующихся возбужденіемъ психической сферы. Съ особенною рѣзкостью это замѣтно въ маніакальныхъ формахъ, въ остромъ бредѣ и въ остромъ галлюцинаторномъ помѣшательствѣ.

При разборѣ количества представленій слѣдуетъ отличать еще уменьшено или увеличено количество воспріятій, т.-е. такихъ представленій, которыя обусловливаются непосредственнымъ, т.-е. имѣющимъ мѣсто въ данный моментъ воздѣйствіемъ впечатлѣній на органы чувствъ человѣка. При нѣкоторыхъ болѣзняхъ, особенно при тѣхъ, при которыхъ существуетъ гиперестезія органовъ чувствъ, количество воспріятій увеличено. Такъ оно иногда бываетъ увеличено при лихорадочномъ состояніи, аффектѣ ожиданія, состояніяхъ гипноза и особенно при истеріи; благодаря этому истеричныя иногда приводятъ въ изумленіе окружающихъ, сообщая имъ такія свѣдѣнія, которыя нельзя имѣть при обычной воспріимчивости органовъ чувствъ и которыя кажутся легковѣрнымъ людямъ проявленіемъ почти сверхестественнымъ. Этимъ (если только исключена возможность обмана) объясняются многія явленія такъ называемаго ясновидѣнья.

Относиться отрицательно ко всѣмъ явленіямъ такого рода научный изслѣдователь никоимъ образомъ не долженъ. Несомнѣнно наблюдаются случаи, въ которыхъ способность узнаванія на столько поразительна, что увлекающійся человѣкъ можетъ видѣть въ этомъ „несомнѣнное" доказательство вліянія мистической силы (а наоборотъ односторонніе скептики—„несомнѣнный" обманъ). Внимательное же и обстоятельное изслѣдованіе такихъ случаевъ доказываетъ, что въ большинствѣ случаевъ эта способность узнаванія объясняется необыкновенной воспріимчивостью органовъ чувствъ и тѣмъ, что впечатлѣнія одного чувства, такъ сказать, по иррадіаціи вызываютъ впечатлѣнія въ области другого. Такого рода наблюденія сдѣланы были между прочимъ французскимъ ученымъ Richet; очень недавно д-ромъ Ховринымъ изъ Тамбова опубликовано относящееся сюда наблюденіе [1]), крайне интересное. Дѣло шло объ истеричной дѣвицѣ, которая обладала способностью читать написанное на бумагѣ, спрятанной въ запечатанный конвертъ, Само собою разумѣется, что было принято во вниманіе все, чтобы не оставалось сомнѣнія, чтобы больная не могла вынуть бумагу изъ конверта (вкладывалась даже свѣточувствительная пластинка, на которой сейчасъ бы остался слѣдъ, если бы конвертъ былъ раскрытъ при свѣтѣ). Для опредѣленія содержанія написаннаго испытуемая должна была по большей части много разъ ощупывать и даже мять письмо. Тогда (правда не всегда, а въ періоды, когда испытуемая чувствовала особое предрасположеніе

---

[1]) Вопросы нервно-психической медицины, 1898 г.

къ производству опыта) у нея являлось зрительное представленіе, мало-по-малу (иногда въ нѣсколько сеансовъ) слагавшееся въ картину, соотвѣтствующую тому, что было написано; иногда эта особа узнавала написанное съ необыкновенной точностью, опредѣляя и характеръ почерка, и цвѣтъ чернилъ. Тщательное изслѣдованіе состоянія ея чувствительности указало на то, что воспріимчивость ея чрезвычайно велика: она могла узнавать осязаніемъ написанныя цифры сквозь нѣсколько слоевъ бумаги, могла опредѣлять даже цвѣтъ осязаемыхъ предметовъ по какому то особому термическому ощущенію и ощущенію общаго чувства; мало того, она могла опредѣлять безъ помощи зрѣнія цвѣтъ предметовъ, заключенныхъ въ стеклянныя пробирныя трубки—опять-таки по какимъ-то смутнымъ ощущеніямъ, вызывавшимъ какъ бы по иррадіаціи соотвѣтствующія зрительныя ощущенія Также очень повышена была воспріимчивость ея и къ зрительнымъ, и слуховымъ впечатлѣніямъ. И слуховые образы возникали у нея легко черезъ посредство впечатлѣній осязательныхъ и общаго чувства.

Количество воспріятій бываетъ увеличено также при общемъ повышеніи энергіи душевной дѣятельности, наблюдаемой, напримѣръ, при маніи и другихъ аналогичныхъ болѣзняхъ: маніакальные больные очень легко усваиваютъ самыя незначительныя впечатлѣнія изъ окружающей ихъ обстановки и иногда поражаютъ своею воспріимчивостью.

Наоборотъ при пониженіи энергіи душевной дѣятельности, которое бываетъ при формахъ депрессивныхъ (меланхолическихъ) и при слабоуміи, а особенно при ступорѣ, оно рѣзко уменьшено. Оно можетъ быть уменьшено также при односторонности вниманія, являющейся при гипнозѣ и сомнамбулизмѣ и, само собою разумѣется, при ослабленіи тѣлесной чувствительности, т.-е. при различныхъ формахъ анестезіи, при отсутствіи способности зрѣнія и слуха.

Не слѣдуетъ однако полагать, что, если количество воспріятій мало, то соотвѣтственно этому всегда будетъ и малое количество понятій Хотя дѣйствительно матеріаломъ для развитія понятій служатъ впечатлѣнія, дѣйствующія на органы чувствъ, и образованіе понятій при недостаточности воспріятій крайне затрудняется, но тѣмъ не менѣе способность развивать понятія можетъ быть хорошо сохранена, несмотря на то, что пути для воспріятія до крайности ограничены Въ доказательство этого можно привести извѣстный случай Лауры Бриджмэнъ, американки, лишенной съ самаго ранняго дѣтства зрѣнія и слуха, почти лишенной обонянія и потому въ дѣтствѣ походившей на идіотку, вслѣдствіе недостатка представленій и отвлеченныхъ понятій. Однако она вовсе не была идіоткой, и какъ только стараніе наблюдавшаго ее д-ра Гоу было обращено на то, чтобы сообщить ей по возможности больше воспріятій черезъ общее чувство и осязаніе и дать имъ нормаль-

ное направленіе для образованія надлежащихъ сочетаній,—она поражала своимъ быстрымъ умственнымъ развитіемъ и способностью выражать свои мысли, она очень скоро научилась читать печатныя книги, записывала свои мысли и впечатлѣнія и затѣмъ въ теченіи своей жизни вела обширную переписку.

Въ послѣднее время описывался также очень большой успѣхъ, сдѣланный воспитательницей одной американки Эллень Келлеръ, тоже слѣпой и глухонѣмой съ $1\frac{1}{2}$ годового возраста. Опытная воспитательница дѣйствуя исключительно черезъ осязаніе (и конечно черезъ общее и мышечное чувство) мало по-малу научила дѣвочку различать предметы и соединять съ представленіемъ о нихъ символическія сочетанія осязательныхъ образовъ и движеній пальцевъ и мышцъ, участвующихъ въ актѣ письма,—т.-е. научила читать (по выпуклому шрифту) и писать съ такой орфографіей, что рѣдкая 7-ми лѣтняя дѣвочка (а Эллень было въ это время 7 лѣтъ) могла бы похвалиться такимъ правописаніемъ. На 10-мъ году Эллень научилась говорить руководствуясь осязательными, общими и мускульными ощущеніями, сопровождающими произнесеніе словъ, такъ что черезъ нѣсколько лѣтъ изучила латинскій, французскій и нѣмецкій языки, исторію, математику и по послѣднимъ извѣстіямъ готова была держать университетскій экзаменъ.

Изъ этого и другихъ аналогичныхъ примѣровъ видно, что хотя конечно содержаніе нашего ума въ очень большой степени зависитъ отъ количества знаній, которые мы получаемъ при помощи высшихъ органовъ чувствъ—зрѣнія и слуха, но тѣмъ не менѣе невозможность доступа зрительныхъ и слуховыхъ воспріятій и, слѣдовательно, полное отсутствіе соотвѣтствующихъ представленій, не останавливаетъ развитія умственной жизни и личности, если только существуетъ возможность правильныхъ внутри—мозговыхъ сочетаній, если остается доступъ ощущеніямъ осязательнымъ и ощущеніямъ общаго чувства. Если же отъ рожденія нарушается возможность имѣть воспріятія послѣдняго рода, то развитіе личности дѣлается невозможнымъ.

2. **Разстройства, касающіяся напряженности идей.** Большое значеніе при оцѣнкѣ патологическихъ признаковъ въ интеллектуальной области имѣетъ опредѣленіе степени напряженности идеи и представленіи. Мы часто можемъ наблюдать, что иногда напряженность идей и представленій очень велика; они постоянно всплываютъ изъ безсознательной сферы въ сознательную и пассивно подчиняютъ себѣ вниманіе, подчиняютъ себѣ чувства больного, мотивируютъ и его поступки. При этомъ въ нѣкоторыхъ болѣзняхъ это касается лишь одной какой-нибудь идеи или однородной группы идей, а въ другихъ касается самыхъ разнородныхъ.

Такъ, напримѣръ, иногда при меланхоліи какое нибудь воспоминаніе о своемъ проступкѣ является въ сознаніи съ такимъ напря-

женіемъ, что больной рѣшительно о немъ одномъ только и думаетъ, крайне преувеличиваетъ его значеніе, мучится упреками совѣсти и иногда, что бы избавиться отъ мученія, кончаетъ жизнь самоубійствомъ.

При болѣзни, извѣстной подъ названіемъ ипохондріи и характеризующейся чрезмѣрнымъ страхомъ за свое здоровье, мысль о томъ, что больной страдаетъ какой нибудь неизлѣчимой болѣзнью, наприм. порокомъ сердца, настолько ясно выступаетъ въ сознаніи больного, что сопровождается даже болевыми ощущеніями въ сторонѣ сердца; при болѣзни, извѣстной подъ именемъ „навязчивыхъ идей", какая нибудь идея, наприм. опасеніе покраснѣть во время разговора и тѣмъ обнаружить свое смущеніе, которое „истолкуется" въ дурную сторону, настолько сильно внѣдряется въ сознаніе, что больные готовы совсѣмъ отказаться отъ общества.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ особой напряженностью обладаютъ идеи какого нибудь *одного рода*. Но есть болѣзни въ которыхъ чрезмѣрной напряженностію обладаютъ *разнообразныя идеи*. Это бываетъ въ болѣзняхъ, при которыхъ существуетъ патологическое возбужденіе мозговой дѣятельности, при маніи, маніакальной формѣ остраго безсмыслія, остромъ бредѣ и вообще при маніакальныхъ состояніяхъ, являющихся въ теченіи разнообразныхъ душевныхъ болѣзней. При этомъ существуетъ наплывъ самыхъ разнообразныхъ, иногда быстро смѣняющихъ другъ друга идей, которыя при своемъ появленіи въ сознаніи отличаются чрезвычайной яркостью и рѣзко вліяютъ какъ на чувства, такъ и на дѣйствія больныхъ, чрезвычайно волнуя ихъ и вызывая на самые энергическіе поступки.

Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, напряженность идей бываетъ невелика,—онѣ являются въ сознаніи блѣдными, безъ значительнаго вліянія на чувства и поступки. Это бываетъ большею частью при психическихъ разстройствахъ, характеризующихся упадкомъ энергіи душевной дѣятельности вообще, напр. при знакомомъ намъ состояніи слабоумія, а особенно при тяжелыхъ формахъ ступора.

3) **Разстройства въ сочетаніи идей.** Эти разстройства, какъ сказано, распадаются на а) разстройства въ быстротѣ смѣны идей,
б) разстройства въ измѣненіи правильности смѣны идей,
в) разстройства, выражающіяся въ недостаточности процесса мышленія (логическихъ операцій).

а. **Разстройства быстроты смѣны идей.** Кромѣ измѣненія въ количествѣ идей можетъ быть измѣненіе въ быстротѣ смѣны идей При

нормальныхъ условіяхъ душевной дѣятельности идеи и мысли смѣняются черезъ болѣе или менѣе опредѣленный промежутокъ; только тогда наше мышленіе можетъ быть правильно, когда быстрота этой смѣны держится въ предѣлахъ нормы. Если же она даже у здороваго человѣка будетъ нѣсколько больше обычной нормы, то мышленіе будетъ очень поверхностно; съ другой стороны, при очень медленной смѣнѣ идей продуктивность интеллекта будетъ очень бѣдна.

При болѣзненныхъ условіяхъ быстрота смѣны идей можетъ чрезвычайно рѣзко уклоняться отъ нормы.

Такъ, теченіе мысли можетъ быть очень замедлено, какъ бы заторможено. Мысли чрезвычайно туго смѣняются одна другою и разговоръ съ больными, у которыхъ наблюдается это явленіе, представляетъ большое затрудненіе: приходится много разъ повторять одинъ и тотъ же вопросъ, чтобы получить односложный отвѣтъ. Съ часами въ рукахъ можно замѣтить, что больные отвѣчаютъ на вопросъ лишь черезъ 1—2 минуты послѣ того, какъ онъ имъ былъ предложенъ. Больные сами сознаютъ, что мысли ихъ двигаются вяло, медленно и иногда по цѣлымъ часамъ сидятъ надъ простымъ письмомъ или надъ страницей книги, стараясь усвоить читанное. Это бываетъ при меланхоліи особенно же при той ея формѣ, которая носитъ названіе **melancholia attonita**. При этой разновидности меланхоліи больные сидятъ неподвижно, какъ бы оглушенные громомъ (**attono**—оглушаю), а мысли ихъ представляются какъ бы совершенно остановившимися на какой-нибудь одной, большею частью поражающей ужасомъ, идеѣ.

Это же бываетъ при состояніяхъ экстаза, т. е. при такихъ состояніяхъ, при которыхъ одна какая нибудь мысль, большею частью религіознаго или другого возвышеннаго содержанія, захватываетъ сознаніе и не даетъ мѣста другимъ.

Нужно замѣтить, что вообще мрачное настроеніе духа, печаль, тоска, влекутъ за собою задержку въ смѣнѣ идей; оттого то при меланхоліи и происходитъ обыкновенно медленное теченіе мыслей. Но оно бываетъ не только при меланхоліи, но и вообще при меланхолическихъ состояніяхъ, встрѣчающихся какъ постоянное или временное явленіе въ разнообразныхъ болѣзняхъ, напр. при меланхолическомъ умономѣшательствѣ, при меланхолическихъ формахъ дизноіи, при кататоническомъ помѣшательствѣ и въ меланхолическомъ состояніи прогрессивнаго паралича.

Съ другой стороны, при нѣкоторыхъ другихъ формахъ душевнаго разстройства теченіе идей бываетъ рѣзко ускорено. Мысли смѣняютъ другъ друга быстро, вслѣдствіе этого интеллектуальная дѣятель-

ность ускоряется. Это бываетъ при болѣзняхъ, соединенныхъ съ веселымъ настроеніемъ и повышеннымъ самочувствіемъ, чаще всего при маніи и вообще при маніакальныхъ состояніяхъ, бывающихъ какъ симптомъ различныхъ болѣзненныхъ формъ. При этомъ смѣна и сочетаніе идей происходятъ легко, свободно; то, что въ здравомъ состояніи потребовало бы со стороны больного усилій,—теперь говорится совершенно легко и свободно: больной, наприм., сыплетъ риѳмами, остроумными замѣчаніями. Рѣчь богата образами, мѣткими сопоставленіями. Многіе больные, никогда не писавшіе стиховъ, сочиняютъ экспромты. У насъ въ клиникѣ лежала одна простая деревенская крестьянка, по развитію совсѣмъ не превосходившая другихъ крестьянокъ; у нея было маніакальное состояніе, она много и быстро говорила и очень часто стихами. Вотъ между прочимъ письмо ея къ мужу:

„Милый Ваня
На васъ обида моя есть
Вы мнѣ не шлете долго вѣсть
Отъ васъ я вѣсти все ждала
И по ночамъ я не спала.
Вы знать забыли про меня
Шлю отраду къ вамъ я вѣсть.
Хорошо мнѣ очень здѣсь
Остаюсь довольна вами
Господами докторами и слугами.
Затѣмъ прощайте увѣдомляю васъ, что Я жива и здорова.
Вы письмо мое прочтите
И отвѣтъ ко мнѣ пришлите
Я отвѣта буду ждать
По ночамъ не буду спать“.

Иногда при поверхностномъ взглядѣ кажется, что умственная дѣятельность больныхъ съ ускоренной и облегченной смѣной идей даже богаче и продуктивнѣе, чѣмъ она была въ здоровомъ состояніи. Однако при внимательномъ взглядѣ оказывается, что это только внѣшній блескъ, что мышленіе сдѣлалось очень поверхностнымъ: идеи такъ быстро смѣняютъ другъ друга, что больному трудно сосредоточиться; вслѣдствіе этого глубина мышленія падаетъ; больной часто теряетъ нить въ безконечныхъ подробностяхъ, которыя вслѣдствіе облегченія въ смѣнѣ мыслей побуждаютъ его уклоняться отъ главной темы.

Если смѣна идей еще болѣе ускоряется, то больной не успѣваетъ слѣдить словами за быстро смѣняющимися идеями; слова не поспѣваютъ за мыслями; больной, не успѣвая выразить одной мысли, говоритъ уже о другой. Если ускореніе идетъ еще быстрѣе, то, несмотря

на всю быстроту рѣчи, слова только отрывочно выражаютъ идеи, быстро смѣняющіяся въ головѣ больного. Идеи несутся въ его головѣ какъ вихрь. Это состояніе носитъ названіе вихря или скачки идей—**fuga idearum**. При этомъ больной не можетъ совсѣмъ сосредоточиться и отдаетъ только поверхностный отчетъ въ окружающемъ; только настоятельно повторяя вопросъ, можно добиться отъ больного правильнаго отвѣта, указывающаго на то, что онъ понимаетъ окружающее; но этотъ отвѣтъ всегда кратокъ, такъ какъ потокъ мысли сейчасъ же увлекаетъ больного въ сторону. При еще болѣе увеличивающейся быстротѣ въ смѣнѣ идеи происходитъ полная безсвязность идеи—**incohaerentia idearum**. Въ этомъ случаѣ безсвязность идей зависитъ отъ необыкновенной быстроты смѣны идей, вслѣдствіе чего нормальное сочетаніе по закону ассоціацій невозможно.

Это—*маніакальная форма безсвязности*. Мы увидимъ сейчасъ, что безсвязность въ сочетаніи идеи можетъ зависѣть и отъ другой причины—отъ первичнаго разстройства ассоціативной дѣятельности при такъ называемомъ слабоуміи и остро развивающемся безсмысліи (аизноиѣ).

б. **Разстройства въ правильности сочетанія идей**. Кромѣ измѣненія въ скорости теченія идей, смѣна идей можетъ страдать и вслѣдствіе разстройства въ ассоціаціи представленій, и вслѣдствіе нарушенія правильности сочетанія.

Извѣстно, что сочетаніе идей происходитъ по законамъ ассоціаціи. Нормальному человѣку, какъ я уже сказалъ ранѣе, смотря по его развитію, свойственно преобладаніе то тѣхъ, то другихъ ассоціацій: такъ у иныхъ преобладаютъ ассоціаціи по внутреннему логическому сродству, у другихъ по внѣшнему поверхностному сходству; по одновременности появленія въ сознаніи и по смежности. Извѣстная степень взаимнаго соотношенія ассоціацій разнаго рода впрочемъ характеризуетъ нормальное состояніе человѣка: не можетъ быть нормальнаго взрослаго человѣка только съ ассоціаціями по смежности и внѣшнему сходству, такъ же какъ и не можетъ быть нормальнаго человѣка, оперирующаго только съ ассоціаціями по смыслу.

Но въ болѣзненномъ состояніи характеръ преобладающаго типа ассоціацій и взаимное отношеніе ассоціацій различнаго типа можетъ рѣзко измѣниться. Такъ у многихъ людей во время душевной болѣзни является особенная наклонность къ ассоціаціямъ главнымъ образомъ по внѣшней связи: поэтому въ рѣчи ихъ мы постоянно видимъ сочетаніе риѳмованныхъ словъ, или сочетаніе словъ по созвучію начальныхъ слоговъ (аллитерація), или вообще переходъ отъ одной идеи къ другой только по сходству какого нибудь случайнаго призна-

ка. Это бываетъ особенно часто при маніакальныхъ состояніяхъ, при которыхъ больные говорятъ фразы, связанныя между собою очень поверхностно,—по рифмѣ, по созвучію и т. п. У другихъ больныхъ является особая наклонность къ ассоціаціямъ ***по контрасту***. При этомъ вслѣдъ за однимъ представленіемъ является другое, какъ разъ противоположное. Такъ наприм. у нѣкоторыхъ больныхъ во время молитвы являются постоянно кощунственныя (т. наз. хульныя) мысли, наприм циничныя представленія о Богѣ и Божіей Матери; это ихъ мучаетъ, но они не въ состояніи отогнать навязывающихся сопоставленій.

Бываютъ случаи, когда больныхъ съ особенной настойчивостью преслѣдуетъ потребность сочетать представленія по ихъ внутренней связи; такъ есть больные, которымъ постоянно нужно рѣшать вопросъ ***о причинной зависимости*** явленій другъ отъ друга: почему дѣлается то-то, почему дѣлается такъ, а не иначе. Нѣмецкій психіатръ Гризингеръ описалъ одного больного, который постоянно мучится разными теоретическими вопросами, совершенно ненужными для него, въ родѣ напримѣръ слѣдующихъ: „Почему этотъ предметъ имѣетъ такую то мѣру, а другой—другую? Почему эта особа маленькаго роста, почему она не такъ высока, какъ эта комната, почему люди обыкновенно не выше ростомъ, чѣмъ они бываютъ? Почему они не такого роста, какъ дома?“—Такихъ вопросовъ больной задавалъ себѣ безчисленное множество: обо всемъ нужно было спрашивать себя: какъ и почему? Отогнать эти мысли онъ былъ рѣшительно не въ состояніи не смотря на то, что онѣ ставили его въ невыносимое положеніе. Это состояніе было названо Гризингеромъ—„Grübelsucht“ (безплодное мудрствованіе)

Всѣ такого рода явленія представляютъ, собственно говоря, образецъ ***качественныхъ*** разстройствъ въ сочетаніяхъ идей. О нихъ мы еще будемъ имѣть случай говорить. Теперь же остановимся главнымъ образомъ на ***количественныхъ*** разстройствахъ, выражающихся въ общемъ нарушеніи связности сочетаній. Нарушенія эти выражаются въ томъ, что логическая связь идей разстраивается и изъ ассоціаціонной цѣпи выпадаютъ цѣлыя звенья, вслѣдствіе чего мысль перескакиваетъ непослѣдовательно отъ одного предмета къ другому. Степени такого рода разстройства могутъ быть очень различны; иногда мы замѣчаемъ лишь небольшую непослѣдовательность, перебрасываніе мысли при сохраненіи внѣшней грамматической правильности мышленія; въ другихъ случаяхъ дѣло доходитъ до полной безсвязности въ сочетаніи идей настолько, что не только грамматическая связь нарушается, но нарушается даже связь идей съ внѣшнимъ ихъ выраже-

ніемъ, т. е. словомъ или дѣйствіемъ. Въ такихъ случаяхъ больной употребляетъ слова не соотвѣтствующія его мыслямъ (псевдо-парафазія) или пользуется предметами совсѣмъ не для той цѣли, для которой они назначены, напримѣръ, мочится въ пепельницу, ѣсть мыло и т. п. (псевдо-апраксія).

Общія разстройства въ сочетаніи идей бываютъ при душевныхъ болѣзняхъ чрезвычайно часто; всякое сколько нибудь значительное аффективное состояніе отражается на ходѣ сочетанія идей. Извѣстно, что и у здоровыхъ при аффектахъ смущенія, гнѣва и пр. связность сочетаній становится уже не та, какова она въ нормальномъ состояніи: является состояніе растерянности, мысль идетъ скачками. Далѣе,— всякое сколько-нибудь значительное ослабленіе вниманія, даже вслѣдствіе утомленія, разстраиваетъ послѣдовательность въ ходѣ мыслей: уменьшается связность сочетанія идей по логическому соотношенію, начинаютъ преобладать сочетанія по смежности и по одновременности надъ сочетаніями по смыслу; чисто случайныя впечатлѣнія вторгаются въ сознаніе, разстраивая ходъ мыслей. Тоже самое бываетъ при чрезмѣрномъ обиліи впечатлѣній, дѣйствующихъ на психику; чрезмѣрное количество образовъ не даетъ возможность поставить ихъ въ надлежащемъ порядкѣ по ихъ значенію и зависимости другъ отъ друга. Въ результатѣ является состояніе растерянности, обусловленное ощущеніемъ недостаточной вѣрности въ сочетаніяхъ идей. Все это каждый здоровый человѣкъ можетъ наблюдать на себѣ. Само собою понятно, что при душевныхъ болѣзняхъ, при которыхъ является столько условій, нарушающихъ правильность воспріятія и дѣятельность вниманія, столько условій для истощенія мозга и появленія аффектовъ,—разстройства въ сочетаніи идей бываютъ чрезвычайно часты и нерѣдко достигаютъ очень большой степени.

в) Разстройства, выражающіяся въ недостаточности (дефектности) умственныхъ (логическихъ) операцій.

Намъ извѣстно, что логическія операціи человѣка обусловливаются такимъ сочетаніемъ представленій и понятій, при которомъ, при помощи „направляющей дѣятельности ума“ (апперцептивной функціи Вундта)—представленія и понятія сочетаются въ сужденія, умозаключенія и наконецъ въ рядъ выводовъ. Нужно полагать, что при этомъ въ нашей психикѣ происходитъ такой процессъ: какъ въ сознательной области душевной дѣятельности, такъ и въ безсознательной—устанавливаются два пункта; одинъ изъ нихъ есть цѣль, къ которой долженъ вести процессъ мысли; другой—исходный пунктъ, отъ котораго онъ начинается; затѣмъ, благодаря возбуждающей энергію иннервацион-

наго процесса направляющей силѣ, происходитъ возстановленіе слѣдовъ изъ массы прежнихъ впечатлѣній, изъ запаса слѣдовъ прежде образовавшихся представленій и понятій; изъ этихъ слѣдовъ, т. е. изъ идеи, имъ соотвѣтствующихъ, при помощи особенной дѣятельности, которую мы ощущаемъ въ себѣ въ формѣ вниманія, или вообще умственнаго усилія, мы производимъ *выборку*: устраняемъ все то, что̀ не можетъ повести насъ къ поставленной цѣли и выбираемъ все то, что̀ можетъ вести къ ней.

Такимъ образомъ при правильномъ ходѣ логическихъ операцій изъ громаднаго запаса представленій и понятій, которыя находятся въ распоряженіи активной душевной дѣятельности, мы дѣлаемъ цѣлесообразную выборку. *Чѣмъ болѣе широкъ кругъ идей*, изъ которыхъ въ данный періодъ происходитъ эта выборка, *тѣмъ умъ шире*; чѣмъ менѣе широкъ, тѣмъ онъ одностороннѣе. Съ другой стороны, *чѣмъ правильнѣе, т. е. послѣдовательнѣе и опредѣленнѣе, происходитъ выборка сообразно съ поставленною (и притомъ довольно отдаленною отъ исходнаго пункта мышленія) цѣлью*, чѣмъ меньше случайно возникающія ассоціаціи отвлекаютъ мышленіе отъ намѣченной цѣли, чѣмъ цѣлесообразнѣе сочетаніе идей, *тѣмъ умъ сильнѣе*, и наоборотъ. То, что называется *глубиной* ума, зависитъ въ значительной степени отъ того, какія цѣли ставятся логическимъ операціямъ, насколько онѣ имѣютъ отношеніе къ наиболѣе существеннымъ сторонамъ жизни, которыя могутъ имѣть значеніе для человѣка не только въ данную минуту, но и вообще. Сочетаніе идей при глубокомъ умѣ должно совершаться только по существеннымъ признакамъ, а не по случайнымъ. Чѣмъ это больше, тѣмъ умъ глубже; чѣмъ меньше, тѣмъ умъ поверхностнѣе.

Наблюдая за различными проявленіями умственной жизни, мы замѣчаемъ, что умственная дѣятельность бываетъ различна по своему качеству въ зависимости отъ живости, т. е. *энергіи душевной дѣятельности* вообще. У нѣкоторыхъ людей съ живой энергіей постоянно ставятся разные запросы уму,—интеллектуальной дѣятельности ставятся безпрерывно цѣли. У другихъ, наоборотъ, интеллектуальная работа вяла, цѣлей никакихъ не ставится. Это бываетъ при общей вялости психической дѣятельности, при отсутствіи живыхъ чувствъ и интересовъ, а у душевно-больныхъ особенно часто наблюдается въ состояніи слабоумія.

Ходъ логическихъ операцій въ болѣзненныхъ состояніяхъ можетъ нарушаться различнымъ образомъ:

1) Во-первыхъ можетъ быть крайне слабо развита та дѣятельность (направляющая сила ума, активная апперцепція Вунд-

та), благодаря которой вообще существують сочетанія по смыслу. Тогда актъ осмышленія будетъ слабъ. Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ ослабѣнія этой дѣятельности не будетъ совсѣмъ образоваться общихъ понятій, что мы и видимъ у микроцефаловъ и другихъ идіотовъ. Въ болѣе слабыхъ степеняхъ этого разстройства понятія будутъ образовываться въ очень маломъ количествѣ и будутъ примитивны.

Такое разстройство можетъ быть и прирожденнымъ (при идіотизмѣ) и пріобрѣтеннымъ—при глубокомъ безсмысліи и вторичномъ или прогрессирующемъ слабоуміи. Въ послѣднихъ случаяхъ прежде бывшія понятія постепенно утрачиваются, и больной перестаетъ сочетать представленія по смыслу.

2) Вторая категорія разстройства логическихъ операцій находится въ связи съ интенсивностью интеллектуальной жизни. Интенсивность интеллектуальной жизни въ частности и психической жизни вообще можетъ настолько понизиться, что не будетъ происходить того процесса, который лежитъ въ основѣ логическихъ операцій: *не будетъ и ставиться цѣлей для сочетанія идей*, не будетъ происходить и сообразный съ цѣлью подборъ представленій и понятій изъ запаса. Это бываетъ при умственномъ утомленіи и особенно часто въ формахъ глубокаго слабоумія и иногда до такой степени, что логическія операціи совершенно прекращаются. Въ другихъ случаяхъ слабоумія, хотя и нѣтъ полной остановки логическихъ операцій, но онѣ очень ограничены именно потому, что цѣлей для мышленія становится чрезвычайно мало и онѣ, такъ сказать, слишкомъ близки къ исходному пункту мышленія, вслѣдствіе чего сужденія чрезвычайно бѣдны, выводы по своему значенію ничтожны, мелочны. Это бываетъ чаще всего при бѣдности психической жизни вообще, развивающейся нерѣдко какъ результатъ перенесеннаго остраго психическаго заболѣванія при такъ называемомъ „вторичномъ“ слабоуміи, или въ глубокой старости.

3) Въ третьихъ, разстройство логическихъ операцій можетъ обусловливаться тѣмъ, что хотя цѣли для мышленія и ставятся, но процессъ выборки идей, подходящихъ для данной цѣли, идей цѣлесообразныхъ, нарушается; вслѣдствіе этого правильная нить мышленія становится невозможной. Чаще всего это дѣлается вслѣдствіе того, что умственныя силы настолько слабы, что не въ состояніи отдѣлить изъ идей, возстановляющихся изъ запаса, то, что нужно для данной цѣли и то, что ненужно. Это бываетъ особенно часто тоже при вторичномъ слабоуміи. Говоря съ слабоумнымъ человѣкомъ, вы поражаетесь тѣмъ, что рѣчь его не имѣетъ той цѣлесообразной послѣдовательности, которая

свойственна рѣчи нормальнаго человѣка; онъ переходитъ съ одного предмета къ другому совершенно случайно; подборъ идей не соотвѣтствуетъ поставленнымъ цѣлямъ. Въ слабыхъ степеняхъ это разстройство будетъ выражаться только несообразительностью, недомысліемъ, чрезмѣрной подробностью въ изложеніи, обиліемъ ненужныхъ и скучныхъ деталей, въ болѣе сильныхъ—неспособностью держаться въ разговорѣ одной темы, постояннымъ уклоненіемъ отъ темы разговора, въ непослѣдовательности, наконецъ, въ самыхъ сильныхъ степеняхъ—въ полной безсвязности идей. Представленія и понятія при этомъ слѣдуютъ одно за другимъ, совершенно не подчиняясь направляющей силѣ.

Это—безсвязность, наблюдаемая у слабоумныхъ. Но аналогичное состояніе можетъ быть и тогда, когда вслѣдствіе возбужденія мозговой дѣятельности количество репродукцій увеличивается, является наплывъ идей, при чемъ идеи эти разнообразны по содержанію и постоянно перерываютъ нить мышленія. Это бываетъ особенно часто при остромъ бредѣ и начальныхъ періодахъ бредовой формы дизноіи—и маніакальныхъ состояніяхъ. Такого же рода разстройство развивается иногда при сильныхъ душевныхъ потрясеніяхъ, какъ проявленіе того, что называется аффектомъ. Даже въ слабыхъ степеняхъ, при простомъ *смущеніи* связность мысли нарушается, является растерянность, вслѣдствіе неспособности направить мысль правильно, найти нужное среди множества возникающихъ въ сознаніи идей и побужденій и устранить ненужное. При сильныхъ же степеняхъ аффектовъ, особенно при такъ наз. патологическомъ аффектѣ, является полное нарушеніе процесса выбора. Соотвѣтственно такому вліянію аффектовъ на ходъ идей и тѣ душевныя болѣзни, при которыхъ аффективныя разстройства рѣзко выражены, осложняются по временамъ состояніями безсвязности.

4) Въ четвертыхъ, логическія операціи разстраиваются вслѣдствіе того, что хотя цѣли мышленія и ставятся, хотя есть возможность производить выборку, но вслѣдствіе быстрой перемѣны интересовъ больного, перемѣны его влеченій, очень быстро мѣняются и цѣли логическихъ операцій: въ такихъ случаяхъ едва только начнется логическій процессъ въ одномъ направленіи, какъ цѣль уже измѣнилась, и направленіе мыслей должно мѣняться. Въ слабой степени это бываетъ при всякомъ легкомысленномъ, поверхностномъ мышленіи, а въ сильномъ это рѣзко выражено въ такъ называемомъ маніакальномъ состояніи и при аффектахъ восторга.

5) Въ пятыхъ, разстройство логическихъ операцій можетъ быть обусловлено уменьшеніемъ того круга идей, изъ которыхъ прихо-

дится дѣлать выборку, при процессѣ мышленія. Иногда это бываетъ при сохраненіи собственно *силы* логическаго процесса, но при ограниченности или односторонности содержанія сознанія. Такъ наприм., это бываетъ при меланхоліи, когда въ сознаніи возстановляются по преимуществу тѣ представленія, которыя носятъ мрачную, печальную окраску. При этомъ больной дѣлаетъ и всѣ выводы очень односторонніе, мрачные, несоотвѣтствующіе дѣйствительности. Это же наблюдается и при сильныхъ подавляющихъ аффектахъ, когда вслѣдствіе заторможенія психической дѣятельности въ сознаніи не возникаютъ иногда самыя необходимыя соображенія, вслѣдствіе чего человѣкъ поступаетъ, какъ бы игнорируя самыя необходимыя требованія долга.

Но наиболѣе часто нарушеніе логическихъ операцій вслѣдствіе ограниченности круга идей, изъ которыхъ приходится дѣлать выборку, бываетъ при тѣхъ частыхъ формахъ слабоумія, которыя именно и характеризуются утратой и бѣдностью запаса идей. Оно бываетъ очень рѣзко при тѣхъ формахъ слабоумія, которыя обусловлены недоразвитіемъ мозга, при такъ назыв. идіотизмѣ, или врожденномъ тупоуміи. При этомъ запасъ идей ничтоженъ, не развивается тѣхъ идей, которыя могутъ послужить руководящими въ мышленіи, вслѣдствіе чего умственный процессъ крайне ограниченъ. Это же бываетъ и при пріобрѣтенномъ слабоуміи, особенно въ тѣхъ формахъ, при которыхъ, подъ вліяніемъ ослабленія памяти, цѣлый рядъ прежнихъ впечатлѣній теряется, не можетъ репродуцироваться и поэтому не можетъ служить матеріаломъ для логическихъ операцій, новыхъ же пріобрѣтеній умъ не дѣлаетъ; мышленіе сводится къ шаблонному воспроизведенію однихъ и тѣхъ же, наиболѣе привычныхъ сочетаній.

Таковы главные типы количественныхъ разстройствъ въ логическихъ операціяхъ.

Нужно прибавить, что разстройство логическихъ операцій вообще, какъ и всякое другое разстройство, бываетъ въ различныхъ степеняхъ. Иной разъ бываетъ полное прекращеніе логическихъ функцій, глубокое слабоуміе, полная неспособность сочетаній. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ логическіе процессы возможны лишь въ очень ограниченной степени, проявляются лишь въ отрывочныхъ сужденіяхъ, не соединенныхъ логикою. Наконецъ иной разъ *формальная логика* бываетъ сохранена, по внѣшности разсужденія правильны, но нѣтъ внутренней разумной связи между сужденіями. Наконецъ, въ случаяхъ еще болѣе слабаго разстройства логическихъ операцій отмѣчается лишь ослабленіе умственной энергіи.

Само собою разумѣется, что вышеизложеннымъ не исчерпываются всѣ условія неправильности въ логическихъ операціяхъ. Здѣсь мы имѣли въ виду лишь одну сторону недостаточности умственныхъ процессовъ,—именно зависящую частью отъ количества идей, частью отъ энергіи сочетательныхъ функцій и главнымъ образомъ отъ энергіи функціи, *направляющей сочетанія*. Мы совсѣмъ не касались весьма важной стороны умственнаго процесса—вліянія того, что называется логическимъ чувствомъ или чувствомъ истины, которое служитъ для нормальнаго человѣка руководителемъ какъ въ правильной постановкѣ цѣлей мыслительныхъ операцій, такъ и въ правильности ихъ хода.

Какъ для логическихъ операцій, такъ и вообще для душевной дѣятельности очень большое значеніе имѣютъ также разстройства памяти, къ разсмотрѣнію которыхъ мы и переходимъ.

4. **Разстройства памяти**. Память, какъ было сказано выше, есть способность сохранять впечатлѣнія и возстановлять изъ запаса образовавшіяся представленія и понятія. У совершенно нормальныхъ людей варіаціи въ степени развитія этой способности могутъ быть весьма различны. У однихъ лицъ бываетъ очень хорошая память по отношенію къ однимъ категоріямъ представленій, у другихъ по отношенію къ другимъ. У очень многихъ очень интеллигентныхъ людей бываетъ часто большая забывчивость по отношенію къ мелкимъ явленіямъ обыденной жизни.

Вотъ нѣкоторые выводы, касающіеся памяти у нормальныхъ людей, сообщенные Delannay'емъ въ Парижскомъ Біологическомъ Обществѣ: „Память была очень развита у народовъ древняго міра: книги Веды, которыя объемомъ не менѣе Библіи, сохранялись въ теченіи 8 вѣковъ только въ памяти, такъ какъ письменности въ Индіи тогда не было Современныя низшія расы, негры, китайцы обладаютъ бо̀льшею памятью, чѣмъ высшія. Взрослая женщина имѣетъ лучшую память, чѣмъ мужчина: актрисы скорѣе заучиваютъ роли, чѣмъ актеры; студентки лучше сдаютъ экзамены, требующіе памяти, чѣмъ студенты. Юноши имѣютъ лучшую память, чѣмъ взрослые. Память достигаетъ своего максимума въ возрастѣ около 13 лѣтъ и потомъ постепенно уменьшается Слабые физически люди имѣютъ больше памяти, чѣмъ крѣпкіе. Наиболѣе развитая интеллигенція вовсе не обязательно соединена съ хорошею памятью: ученики обладающіе прекрасною памятью, далеко не самые интеллигентные. Провинціалы имѣютъ больше памяти чѣмъ парижане; крестьяне больше, чѣмъ горожане: адвокаты болѣе, чѣмъ врачи: музыканты больше, чѣмъ другіе артисты Память лучше передъ ѣдой, чѣмъ послѣ ѣды: приливъ крови къ мозгу подавляетъ память. Ученіе уменьшаетъ ее,—такъ у безграмотныхъ память лучше, чѣмъ у грамотныхъ. Память лучше утромъ, чѣмъ вечеромъ; лѣтомъ лучше, чѣмъ зимой: на югѣ лучше, чѣмъ на сѣверѣ" [1]). Нужно прибавить что память много зависитъ отъ упражненія. Существуютъ различныя системы мнимотехники, которыя даютъ возможность изощрять память при помощи

[1]) См. С. С Корсаковъ. Болѣзненныя разстройства памяти и ихъ діагностика. Москва 1890

своеобразныхъ пріемовъ усвоенія впечатлѣній, облегчающихъ возстановленіе слѣдовъ по мѣрѣ надобности.

Болѣзненныя разстройства памяти бываютъ при душевныхъ болѣзняхъ нерѣдко. Они выражаются то въ формѣ усиленной памяти—гипермнезіи, то въ формѣ ослабленной памяти—амнезіи, то въ формѣ обмановъ памяти—парамнезіи.

Что касается до усиленной памяти—гипермнезіи, то это явленіе приходится наблюдать при различныхъ психическихъ болѣзняхъ, характеризующихся возбужденіемъ душевной дѣятельности. При этомъ нерѣдко бываетъ, что въ сознаніи больного появляются воспоминанія очень давнія, которыя онъ не можетъ вспомнить въ здоровомъ состояніи. Большею частью эти воспоминанія бываютъ впрочемъ отрывочны, безсвязны, но иногда бываютъ и очень послѣдовательныя воспоминанія. Такая гипермнезія нерѣдко бываетъ у истеричныхъ во время припадковъ; нерѣдко ее наблюдаютъ у себя лица, находившіяся въ крайней опасности: такъ у утопающихъ вдругъ возникаетъ въ сознаніи множество забытыхъ подробностей прежней жизни. Иногда гипермнезія бываетъ при маніакальномъ возбужденіи, лихорадочныхъ состояніяхъ, бѣшенствѣ (lyssa humana), послѣ ушибовъ головы. Такъ д-ръ Аберкромби разсказываетъ о больномъ, впавшемъ въ безпамятство вслѣдствіе ушиба головы, что, когда ему стало лучше, онъ заговорилъ на языкѣ, котораго никто въ больницѣ не зналъ; это оказался языкъ Валійскій. Оказалось, что больной тридцать лѣтъ не былъ въ Валисѣ, совершенно забылъ свой родной языкъ и вспомнилъ лишь подъ вліяніемъ болѣзни. Выздоровѣвъ онъ опять совершенно его забылъ и заговорилъ по англійски.

Еще болѣе интересенъ случай, часто цитируемый во многихъ сочиненіяхъ, касающихся памяти: молодая женщина, безграмотная, захворала горячкой въ одномъ нѣмецкомъ городѣ. Она въ бреду говорила по латыни и по гречески, и по еврейски. Бредъ ея былъ записанъ и оказалось, что онъ состоялъ изъ различныхъ изреченій, понятныхъ въ отдѣльности, но не имѣвшихъ связи между собою. Удалось узнать, что когда больной было 9 лѣтъ, она жила у протестантскаго пастора, который имѣлъ привычку расхаживать по корридору, въ который выходила кухня, гдѣ жила дѣвочка, и громко читать свои книги. Книги пастора были разысканы, и въ нихъ оказались многія мѣста тождественныя съ изреченіями, записанными у постели больной.

Гипермнезія бываетъ общая или частичная. Чаще всего она бываетъ частичная, т. е. касается какой нибудь отдѣльной группы воспоминаній. Такъ иногда меланхоликамъ вспоминаются съ особенной

яркостью и съ подробностью какія-нибудь самыя печальныя событія ихъ жизни. При маніи тоже часто являются съ особенной яркостью или особенно часто воспоминанія одного какого нибудь періода жизни. Нерѣдко приходится видѣть такую частичную гипермнезію у стариковъ, вслѣдствіе чего у нихъ при общемъ упадкѣ памяти, существуютъ чрезвычайно яркія воспоминанія изъ періода ихъ дѣтства и юности.

Гораздо чаще, чѣмъ съ гипермнезіей, приходится имѣть дѣло съ амнезіей—потерей памяти. Потеря памяти бываетъ большею частію неполная,—не все позабывается, а только нѣкоторыя впечатлѣнія. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ полное отсутствіе памяти.

Отсутствіе памяти или ослабленіе ея бываетъ какъ явленіе пріобрѣтенное и какъ врожденное. **Врожденная** амнезія наблюдается при общемъ недоразвитіи душевной дѣятельности, при врожденномъ слабоуміи (идіотизмѣ). Нужно однако помнить, что далеко не во всѣхъ случаяхъ врожденнаго слабоумія бываетъ отсутствіе памяти; въ нѣкоторыхъ случаяхъ идіотизма бываетъ очень порядочная память, особенно односторонняя память, напр. звуковая.

Что касается до пріобрѣтеннаго ослабленія памяти, то оно наблюдается при самыхъ разнообразныхъ условіяхъ—при органическихъ заболѣваніяхъ мозга, при разстройствѣ питанія его, при отравленіяхъ, при многихъ функціональныхъ болѣзняхъ, истеріи, эпилепсіи, неврастеніи. Легкія формы ослабленія памяти, выражающіяся въ нѣсколько недостаточномъ запоминаніи, затрудненіи при заучиваніи, встрѣчаются очень часто при неврастеніи, школьномъ переутомленіи. Въ этихъ случаяхъ не всегда легко опредѣлить, имѣемъ ли мы дѣло дѣйствительно съ ослабленіемъ *памяти*, или разстройствомъ вниманія, уменьшеніемъ способности воспріятія. Болѣе тяжелыя формы амнезіи встрѣчаются при травматическихъ поврежденіяхъ, атрофіи мозговой коры и при тяжелыхъ неврозахъ. Онѣ представляютъ значительный психологическій интересъ.

Анализируя явленія, наблюдаемыя при тяжелыхъ пріобрѣтенныхъ амнезіяхъ, можно придти къ заключенію, что нѣкоторыя впечатлѣнія раньше исчезаютъ изъ памяти, другія позднѣе. Такъ обыкновенно ранѣе всего исчезаетъ память времени: больные помнятъ факты, но не могутъ ихъ локализировать во времени; затѣмъ исчезаетъ память **недавнихъ** событій; больной часто позабываетъ то, что происходило въ послѣдніе дни, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже позабываетъ все, что только-что произошло, а помнитъ хорошо давно прошедшее. Это напр. замѣтно у стариковъ, при старческомъ слабоуміи: старики часто позабываютъ рѣшительно все, что дѣлается въ настоящее время, а помнятъ поря-

дочно событія давнихъ лѣтъ. Но если упадокъ памяти идетъ дальше, то позабываются и давнія событія: больной часто не помнитъ **фактовъ**, но у него еще остается **память чувствъ**, т. е. память антипатій и симпатій, а затѣмъ и память **чувства** падаетъ; остается **память привычекъ**, которая разрушается послѣдней.

Таковъ ходъ постепенной утраты памяти, указанный главнымъ образомъ французскимъ психологомъ Рибо. Онъ извѣстенъ подъ названіемъ „закона обратнаго хода памяти".

Если память начинаетъ возстановляться, то возстановленіе идетъ въ обратномъ порядкѣ—то, что утратилось изъ памяти послѣднимъ, то возстановляется раньше. Такого рода возстановленіе памяти замѣчается при тѣхъ процессахъ въ головномъ мозгу, которые, вызывая въ періодъ своего прогрессивнаго развитія постепенную утрату умственныхъ способностей, всетаки затѣмъ останавливаются и мало-помалу уступаютъ лѣченію. Таковы главнымъ образомъ сифилитическія пораженія головного мозга или страданія, связанныя съ хроническими интоксикаціями. Въ большинствѣ же случаевъ постепенно усиливающійся упадокъ памяти въ томъ порядкѣ, какъ мы указали, не излѣчивается, такъ какъ чаще всего онъ бываетъ вслѣдствіе атрофіи мозговой коры (старческой или являющейся въ результатѣ хроническаго воспаленія).

Описанныя явленія глубокой постепенно наростающей утраты памяти носятъ названіе общей прогрессирующей амнезіи. Иногда амнезія не развивается такъ постепенно, какъ прогрессирующая, а, развиваясь очень быстро (острая и подострая амнезія), достигаетъ въ короткое время извѣстной степени и остается болѣе или менѣе долгое время стаціонарною, или даже съ теченіемъ времени уменьшается. Въ такихъ случаяхъ приходится нерѣдко наблюдать такое явленіе: больной помнитъ довольно хорошо многое изъ своей жизни, но у него пропадаетъ способность вспоминать текущія событія настолько, что онъ не можетъ вспомнить ничего изъ *только-что случившагося*; онъ наприм. только-что пообѣдалъ, а черезъ 5 минутъ уже позабылъ объ этомъ. Это приходится наблюдать послѣ острыхъ болѣзней, какъ наприм. тифа, послѣродовыхъ болѣзней и особенно часто при той формѣ психическаго разстройства, которую я называю полиневритическимъ психозомъ; точно также бываетъ иногда послѣ травмъ черепа, послѣ сотрясенія мозга и иногда при воспалительныхъ состояніяхъ его и нѣкоторыхъ аутоинтоксикаціяхъ. Такого рода амнезія, при которой теряется или уменьшается способность вспоминать впечатлѣнія, получаемыя больнымъ послѣ начала его болѣзни, и при которой боль-

ной позабываетъ въ большей или въ меньшей степени текущія событія и факты, случившіеся послѣ начала болѣзни,—по терминологіи Шарко носитъ названіе амнезіи антероградной.

Въ другихъ случаяхъ болѣе или менѣе быстро развивающейся утраты (или ослабленія) памяти, теряется способность вспоминать событія, предшествовавшія началу болѣзни, или утрачивается воспоминаніе о какомъ-нибудь болѣе или менѣе длинномъ періодѣ прошедшей жизни больного. Такъ больной, напр. можетъ позабыть, какъ онъ провелъ послѣдніе дни передъ своимъ заболѣваніемъ; иногда же пропадаетъ изъ памяти цѣлый мѣсяцъ или цѣлый годъ. Такого рода амнезія носитъ названіе амнезіи ретроградной или ретроспективной. Она бываетъ особенно часто при истеріи, также иногда при алкоголизмѣ, при эпилепсіи. Она бываетъ также въ результатѣ сильныхъ моральныхъ потрясеній, испуга, чрезвычайнаго огорченія и какъ слѣдствіе сотрясенія мозга. Въ послѣднихъ случаяхъ нерѣдко бываетъ сочетаніе ретроградной амнезіи съ антероградной, т. е. съ неспособностью запоминать текущія событія,—неспособностью, продолжающеюся обыкновенно лишь нѣсколько дней или даже часовъ.

Интересный примѣръ такого рода ретро антероградной амнезіи приведенъ въ книгѣ Рибо „Болѣзни памяти" Молодой офицеръ упалъ съ лошади и ударился о землю правымъ теменемъ. Очнувшись онъ снова сѣлъ на лошадь и совершенно правильно ѣздилъ $1/4$ часа, какъ будто здоровый, но только все спрашивалъ—„что такое со мною, я только что проснулся" Когда его отвели домой и пришелъ докторъ онъ продолжалъ повторять эти слова и рѣшительно не помнилъ, какъ онъ провелъ три послѣднихъ дня; онъ узнавалъ всѣхъ, называлъ правильно, отвѣчалъ разумно на всѣ вопросы, но самыхъ сильныхъ текущихъ событій не запоминалъ: всякій разъ какъ къ нему приходилъ врачъ, который навѣщалъ его каждый часъ, ему казалось, что тотъ приходитъ въ первый разъ; онъ не помнилъ никакихъ предписаній, не помнилъ, какъ бралъ ножныя ванны, дѣлалъ растиранія Эта потеря памяти совпадала съ ощущеніемъ тяжести головы и съ слабостью пульса. Черезъ 6 часовъ послѣ паденія пульсъ началъ подниматься, и больной наконецъ запомнилъ тотъ отвѣтъ, который былъ ему сотни разъ подсказываемъ—о паденіи съ лошади. Съ этого времени память стала постепенно возстановляться, больной сталъ понемногу вспоминать всѣ событія, такъ что на слѣдующій день припомнилъ событія, бывшія въ теченіе двухъ дней до паденія, хотя такъ и не былъ въ состояніи припомнить всего, что было въ день паденія.

Другой интересный примѣръ иллюстрируетъ картину ретроградной амнезіи „Одна молодая женщина, страстно любившая своего мужа во время родовъ впала въ продолжительный обморокъ, послѣ котораго забыла все, касающееся періода супружества Всю остальную свою жизнь до замужества больная помнила прекрасно Въ первыя минуты послѣ обморока она съ ужасомъ отталкивала отъ себя своего мужа и ребенка Впослѣдствіи она никогда не могла вспомнить періодъ своей замужней жизни и всѣ тѣ событія, которыя случи-

лись въ теченіе его. Родителямъ и друзьямъ удалось наконецъ убѣдить ее авторитетомъ своего свидѣтельства въ томъ, что она замужемъ и имѣетъ сына. Она повѣрила имъ, потому что ей легче было думать, что она утратила память о цѣломъ годѣ, нежели признать всѣхъ своихъ близкихъ обманщиками. Но ея собственное убѣжденіе, ея внутреннее сознаніе ни мало не участвовали въ этой вѣрѣ. Она глядѣла на своего мужа и своего ребенка, не будучи въ состояніи представить себѣ, какимъ волшебствомъ достался ей этотъ мужъ и какъ родила она ребенка" [1]).

Ретроградная амнезія развивается часто у истеричныхъ, эпилептиковъ, послѣ травматическихъ поврежденій. Она вообще нерѣдко слѣдуетъ за состояніями умоизступленія, глубокаго затемнѣнія сознанія и является какъ вторичное явленіе (сопутствующая амнезія).

Разбирая явленія, которыя наблюдаются при амнезіяхъ вообще, мы можемъ замѣтить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ теряется или ослабѣваетъ такъ называемая память фиксаціи, т.-е. способность сохранять слѣды; въ другихъ же случаяхъ слѣды сохраняются, но теряется или уменьшается способность воспроизводить ихъ изъ скрытаго, латентнаго состоянія и возстановлять въ сознаніи, теряется память возстановленія. Нужно отмѣтить, что въ большинствѣ случаевъ разстраивается именно способность возстановленія (воспоминанія), а память фиксаціи сохраняется. Оттого иногда бываетъ такъ, что въ теченіе извѣстнаго періода больной какъ будто ничего не запоминаетъ изъ совершающагося,—а пройдетъ годъ или два, способность возстановленія у него возвратится, и онъ вспомнитъ событія, которыя происходили въ то время, когда онъ, казалось, ничего не запоминалъ.

Я наблюдалъ одного молодого человѣка, страдавшаго алкогольнымъ полиневритомъ, у котораго въ теченіе трехъ лѣтъ была чрезвычайно рѣзкая антероградная амнезія: онъ буквально сейчасъ же позабывалъ все, что происходило съ нимъ; такъ, онъ безпрерывно повторялъ одни и тѣ же вопросы, позабывая ихъ тотчасъ-же; можно было къ нему подъ рядъ входить и здороваться, и онъ позабывалъ, что онъ только что подавалъ руку и говорилъ съ вами; онъ читалъ одну и ту же строчку безъ конца, позабывая, что онъ уже ее прочитывалъ. Такая потеря памяти касалась всѣхъ событій и продолжалась въ очень сильной степени болѣе года. И вотъ по истеченіи года, когда больной сталъ понемногу поправляться, у него вдругъ стали всплывать въ сознаніи нѣкоторые факты, которые имѣли мѣсто въ теченіе протекшаго, наиболѣе тяжелаго періода болѣзни: такъ, напримѣръ, онъ вспомнилъ, что я приносилъ къ нему сфигмографъ, и описалъ довольно вѣрно машинку. Воспоминанія такого рода являлись отрывочно, неполно, иногда въ искаженномъ видѣ, но они указывали на то, что и въ тотъ періодъ, когда больной, какъ казалось, рѣшительно все позабывалъ, — впечатлѣнія все-таки оставляли въ его мозгу слѣдъ, который впослѣдствіи при возстановленіи правильной мозговой дѣятельности могъ давать и сознательныя воспоминанія.

[1]) *Рибо.* Болѣзни памяти, перев. А. Черемшанскаго. Спб. 1881 г.

Къ интереснымъ формамъ разстройства памяти относится еще такъ называемая двойственная память. Примѣромъ такого рода явленія можетъ служить такой случай: одна дѣвушка, проснувшись отъ продолжительнаго сна, внезапно потеряла память всей своей предшествовавшей жизни; она разучилась читать, не узнавала знакомыхъ и т. п. Мало-по-малу она вновь стала научаться всему,—т.-е. стала учиться читать (сначала по складамъ), писать, считать, узнавать предметы, окружающихъ ее лицъ. Нѣсколько мѣсяцевъ спустя она впала вновь въ глубокій сонъ и проснулась изъ него такою-же, какою была до болѣзни: она обладала всѣми прежними свѣдѣніями и воспоминаніями юности, но за то въ это время совсѣмъ не помнила того, что было съ нею въ періодъ болѣзни Черезъ нѣсколько времени съ ней опять случился глубокій сонъ, послѣ котораго она опять позабыла то, что было въ здоровый періодъ, а вспомнила то, что было въ первый приступъ болѣзни. Такія перемѣны стали повторяться періодически. Такимъ образомъ у нея явилось два состоянія: въ одномъ она помнила свое дѣтство, родныхъ, умѣла хорошо читать и писать, въ другомъ — она не помнила своего дѣтства, не помнила многихъ старинныхъ знакомыхъ и едва умѣла читать и писать. Если ее желали познакомить съ кѣмъ нибудь, то необходимо было представить ей это лицо во время обоихъ ея состояній. Такія состоянія извѣстны также подъ названіемъ *„двойственной личности“*. Описаніемъ ихъ мы особенно обязаны д-ру Азаму. Не очень давно два французскихъ врача Бурю и Бюро описали наблюденіе, касавшееся одного молодого человѣка, у котораго такихъ различныхъ состояній было нѣсколько и можно было искусственно при помощи внушенія и магнита переводить больного изъ одного состоянія въ другое; въ каждомъ изъ своихъ состояній онъ помнилъ только то, что испытывалъ, находясь совершенно такимъ же, и не помнилъ того, что онъ воспринималъ въ другихъ состояніяхъ. Интересно, что въ этомъ случаѣ не только терялась память пережитыхъ впечатлѣній, но и привычки больного смѣнялись, весь характеръ его становился инымъ; въ однихъ состояніяхъ онъ былъ скроменъ, уживчивъ, въ другихъ, наоборотъ, раздражителенъ, наклоненъ къ обману и дурному, даже преступному поведенію; поэтому то такія состоянія и носятъ названія двойственности личности.

Подъ вліяніемъ гипнотическаго внушенія, впрочемъ, довольно нерѣдко приходится видѣть появленіе аналогичныхъ измѣненій памяти.

Амнезія, касающаяся болѣе или менѣе равномѣрно впечатлѣній всѣхъ категорій, называется общею амнезіей. Кромѣ того есть частичныя амнезіи, при которыхъ теряется какая-нибудь спеціальная память.

Какъ извѣстно у насъ существуетъ рядъ, такъ сказать, специальныхъ памятей — память зрительныхъ впечатлѣній, память слуховыхъ впечатлѣній, память словъ. Специальная память, повидимому, локализируется въ опредѣленныхъ участкахъ мозговой коры и по степени развитія и тонкости строенія этихъ участковъ бываетъ очень различна. Такъ есть люди отличающіеся необыкновенной зрительной памятью: ихъ много между нѣкоторыми художниками, къ числу ихъ принадлежитъ Густавъ Доре, извѣстный каррикатуристъ Пуаре (Каранъ д' Ашъ). У знаменитыхъ „счетчиковъ" также необыкновенно развита память—у однихъ зрительная, у другихъ слуховая. Такъ извѣстный счетчикъ Діаманди можетъ на память воспроизвести массу написанныхъ на трехъ большихъ доскахъ цифръ; 25 буквъ онъ запоминаетъ въ ихъ порядкѣ менѣе чѣмъ въ 1 минуту. Онъ производитъ въ умѣ умноженія многозначныхъ цифръ, извлеченіе корней четвертой степени и вѣрно говоритъ остатокъ, выражающійся иногда въ милліонныхъ цифрахъ. У другого знаменитаго счетчика Жака Иноди не такъ велика зрительная память, какъ слуховая,—онъ запоминаетъ прочитанныя ему числа и дѣлаетъ съ ними вычисленія. Повидимому въ связи съ преобладаніемъ той или другой памяти различныя лица и болѣе охотно мыслятъ то зрительными образами, то слуховыми.

Пораженія специальной памяти—частичная амнезія бываетъ довольно нерѣдко главнымъ образомъ при очаговыхъ страданіяхъ головного мозга. Такъ напримѣръ, извѣстная изъ курса нервныхъ болѣзней афазія или потеря памяти словъ, и глухота на слова (surditas verbalis) будетъ составлять одинъ изъ видовъ частичной амнезіи. Сюда же будутъ относиться случаи потери памяти зрительныхъ представленій, при которыхъ человѣкъ теряетъ способность запоминать и вспоминать зрительные образы. Крайне интересенъ случай такого рода, описанный проф. Шарко: у больного, отличавшагося прекрасной зрительной памятью, настолько сильной, что онъ, прочтя что-нибудь, могъ представить себѣ почти всю страницу, вдругъ развилась послѣ инсульта полная неспособность узнавать образы. Онъ все понималъ, могъ хорошо считать, но рѣшительно не могъ, напримѣръ, представить себѣ зрительный образъ дома, дерева. Онъ зналъ, что такое башня, но представить ее себѣ не былъ въ состояніи. Улицу своего родного города, по которой онъ много разъ проѣзжалъ, онъ не узнавалъ: своихъ близкихъ родныхъ тоже не узнавалъ и каждый разъ какъ-бы удивлялся новымъ чертамъ ихъ физіономій. Я тоже наблюдалъ одного больного, отличавшагося въ здоровомъ состояніи прекрасною зрительною памятью, дававшей ему возможность, разъ увидавъ кого нибудь изъ своихъ воспитанниковъ (онъ былъ инспек-

торъ училища) помнить и узнавать безъ ошибки. У этого больного послѣ апоплектическаго инсульта не только исчезло это свойство, но онъ своихъ домашнихъ могъ узнавать лишь по голосу; если ему показывали портретъ сына, то онъ наобумъ называлъ кого нибудь, не узнавая сына. А между тѣмъ умственныя способности его были въ порядкѣ,—онъ могъ дѣлать сложныя математическія вычисленія; у него повидимому исчезло только одно—способность зрительнаго узнаванія. При этомъ само по себѣ зрѣніе осталось. Онъ могъ довольно хорошо видѣть каждый предметъ, но воспоминанія, которыя должны были присоединиться къ этому зрительному образу, не присоединялись. Вскрытія въ данномъ случаѣ не было, но нужно думать, что пораженіе захватило у него ту область въ которой залегаетъ задній сочетательный центръ Флексига, т.-е. темянную затылочную область полушарій.

Разсказываютъ аналогичные случаи по отношенію къ памяти слуха. Одинъ ребенокъ, получивъ сильный ударъ въ голову, оставался въ безсознательномъ состояніи впродолженіе трехъ дней; очнувшись, онъ позабылъ все, что зналъ въ музыкѣ; ничто другое не было имъ утрачено.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ исчезаетъ память выученныхъ поступковъ: больные теряютъ способность дѣлать то, что прежде они хорошо дѣлали. Я наблюдалъ одну больную, которая послѣ приступа безсознательнаго состоянія, повидимому зависѣвшаго отъ капиллярнаго кровоизліянія въ кору полушарій, рѣшительно разучилась дѣлать совершенно простыя вещи, хотя и сохранила способность пониманія окружающаго и своего состоянія. Не говоря уже о томъ, что она разучилась, напр., заваривать чай, она даже не могла завязать простого узла: возьметъ два конца платка, обводитъ ихъ одинъ около другого и послѣ долгихъ усилій отказывается отъ непосильной задачи; я попросилъ ее надѣть подвязку—она стала безплодно обводить ее вокругъ ногъ. Застегнуть пуговицы она тоже не могла, непремѣнно перепутаетъ. Между тѣмъ сами по себѣ движенія у нея вовсе не были разстроены. Лишь понемногу, въ теченіе многихъ мѣсяцевъ стало наблюдаться улучшеніе и возвращеніе прежняго умѣнія.

Всѣ такого рода частичныя амнезіи зависятъ отъ пораженія отдѣльныхъ частей головного мозга и представляютъ большой интересъ при изученіи физіологическаго значенія различныхъ отдѣловъ мозговой коры.

Кромѣ гипермнезіи и амнезіи бываютъ еще довольно часто обманы памяти (парамнезія), при которыхъ съ большей или меньшей настойчивостью вторгаются въ сознаніе образы, кажущіеся воспоминаніемъ бывшихъ когда то событій. Сюда относятся различнаго рода явленія

Такъ сюда относятся случаи, въ которыхъ больной имѣетъ ложное

ощущеніе воспоминанія, присоединяющееся къ созданіямъ его собственной фантазіи. Онъ напримѣръ, говоритъ, что онъ хорошо помнитъ, что былъ въ такомъ-то мѣстѣ, видѣлся съ такимъ-то лицомъ, а на самомъ дѣлѣ этого не было. Ошибки памяти въ такихъ случаяхъ носятъ названіе **ложныхъ фантастическихъ воспоминаній** или **фантастическихъ псевдореминисценцій**. Иногда онѣ достигаютъ такой степени яркости, что больныхъ рѣшительно нельзя разубѣдить въ томъ, что въ дѣйствительности ничего подобнаго не было (**галлюцинаціи и иллюзіи памяти**). Очень часто подобныя ложныя воспоминанія являются въ результатѣ извращеннаго воспоминанія о какомъ нибудь событіи, имѣющемъ отдаленное сходство съ тѣмъ, что утверждаетъ больной, иногда же результатомъ смѣшенія мыслей съ фактами (въ такихъ случаяхъ больной только подумалъ о чемъ нибудь, а ему помнится, что онъ уже это дѣлалъ), смѣшеній сновидѣній съ дѣйствительностью; послѣднее особенно бываетъ у стариковъ. Подъ вліяніемъ псевдореминисценцій больные разсказываютъ про себя небылицы, иногда сочиняютъ про себя цѣлыя басни (**конфабуляція**). Псевдореминисценціи послѣдняго рода довольно часто бываютъ у истеричныхъ больныхъ, которыя иногда разсказываютъ съ чрезвычайной увѣренностью и съ мельчайшими подробностями о насиліяхъ, будто бы совершенныхъ надъ ними. У насъ въ клиникѣ была больная, страдавшая истерическимъ психозомъ, которая начала разсказывать, что одинъ изъ врачей клиники недавно объяснился ей въ любви, на колѣняхъ умолялъ о взаимности. Она подробно разсказывала объ этомъ, какъ о дѣйствительно бывшемъ фактѣ, прибавляла, что ей крайне жаль врача, жаль разстраивать его семейную жизнь. Само собою разумѣется ничего подобнаго не было въ дѣйствительности. Эта же больная вдругъ вспомнила, какъ она отравила своего мужа, и очень живо описала всю сцену отравленія. На самомъ дѣлѣ ничего этого не было, но больная нѣсколько дней мучилась, какъ будто она была настоящая преступница. Псевдореминисценціи бываютъ и при полиневритическомъ психозѣ, и сродныхъ формахъ, когда больные довольно увѣренно разсказываютъ небылицы о поѣздкахъ, которыя они дѣлали въ самое недавнее время, о лицахъ, съ которыми встрѣчались, о разговорахъ, которые вели, хотя рѣшительно ничего подобнаго въ эти дни не было; часто при этомъ дѣйствительныя событія очень давняго времени даютъ канву для ложныхъ воспоминаній, относимыхъ къ настоящему періоду.

Псевдореминисценціи бываютъ также при другихъ болѣзняхъ, соединенныхъ съ истощеніемъ мозга,— при старческомъ слабоуміи, при прогрессивномъ параличѣ. Иногда своеобразныя ошибки памяти быва-

ють при спутанности и маніакальныхъ состояніяхъ: такъ въ окружающихъ ихъ лицахъ такіе больные видятъ прежнихъ своихъ знакомыхъ, обстановка больницы отождествляется въ ихъ сознаніи съ какой нибудь прежней обстановкой, что вызываетъ со стороны больныхъ неправильные поступки. Я долженъ прибавить къ этому, что ошибками памяти обусловливаются иногда такого рода утвержденія больныхъ и ихъ поступки, которые для поверхностнаго наблюдателя кажутся результатомъ лживости. Это бываетъ нерѣдко у дѣтей, у истеричныхъ и нѣкоторыхъ дегенерантовъ.

Къ ошибкамъ памяти относится также своеобразное явленіе, которое могутъ наблюдать у себя и многія здоровыя лица: это—то, что иногда вдругъ, переживая какое нибудь событіе, мы ощущаемъ, что мы испытывали уже эти впечатлѣнія, что это—буквальное повтореніе чего-то, бывшаго когда-то ранѣе. Это ощущеніе продолжается нѣсколько секундъ или минутъ, потомъ исчезаетъ. Такое явленіе бываетъ у неврастениковъ и у людей, утомленныхъ умственною работой. Это такъ называемыя идентифицирующія псевдореминисценціи по терминологіи Крепелина, или „двойственныя воспоминанія" другихъ авторовъ. Оно бываетъ и у совершенно здоровыхъ, бо́льшею частью молодыхъ лицъ, а иногда и у душевно больныхъ. Вотъ какъ разсказываетъ о такомъ состояніи одинъ больной, бывшій подъ наблюденіемъ доктора Зандера: „Когда я съ кѣмъ нибудь говорю или что нибудь вижу, то я чувствую, что это уже со мною было; это—говорю я себѣ—ты уже видѣлъ, слышалъ, это ты уже дѣлалъ; напримъ читаю я что нибудь изъ газетъ про войну, про походъ (дѣло было во время франко-прусской войны),—я чувствую, что я ужъ это же самое когда то читалъ. Тогда у меня является тоскливая тяжелая мысль: „какъ же, когда я это могъ читать?"—а между тѣмъ и эта газета, и всѣ окружающія обстоятельства были точь въ точь такія и прежде, какъ будто я все это слышалъ или читалъ приблизительно съ годъ тому назадъ... Одинъ разъ я лежалъ въ постели, пришелъ К. и сказалъ, что Мюллеръ умеръ. Тогда вдругъ у меня явилась мысль „вѣдь Мюллеръ уже одинъ разъ померъ... Господи, вѣдь не можетъ же онъ два раза умереть". Я это сказалъ и сейчасъ же у меня явилось ощущеніе, что и это все точь въ точь такъ же было: я лежу въ постели, К. говоритъ, что Мюллеръ умеръ, а я ему отвѣчаю совершенно тоже: какъ же Мюллеръ можетъ два раза умереть".

Такого рода явленія наблюдаются иногда у эпилептиковъ передъ появленіемъ припадка и составляютъ его предвѣстникъ.

5. Чтобы закончить обзоръ количественныхъ разстройствъ, касаю-

щихся умственныхъ операцій, мы должны сказать еще о **разстройствѣ воображенія или фантазіи.** Нормальному человѣку свойственна извѣстная норма воображенія. Правда, воображеніе у однихъ лицъ бываетъ сильнѣе, у другихъ слабѣе, но все-таки существуютъ и въ этомъ отношеніи извѣстныя нормальныя границы. Подъ вліяніемъ болѣзни способность воображенія можетъ очень *усилиться*, что обнаруживается въ томъ, что всѣ образы воспроизводятся рельефнѣе и живѣе, а также и въ томъ, что больной чрезвычайно легко фантазируетъ и поддается самъ своему воображенію, нерѣдко принимая воображаемое за дѣйствительность.

Это бываетъ напр. при маніи, когда больные, поддавшись пріятному возвышенному самочувствію, воображаютъ себя выше своего дѣйствительнаго положенія и доходятъ до приписыванія себѣ небывалыхъ званій и состояній. Усиленіе воображенія бываетъ также при истеріи, при состояніяхъ экстаза, при дѣтскихъ и юношескихъ психозахъ, иногда при первичномъ помѣшательствѣ (паранойѣ), при ипохондріи и первыхъ періодахъ прогрессивнаго паралича. Наоборотъ во многихъ формахъ душевныхъ болѣзней способность воображенія ослабляется и даже совсѣмъ исчезаетъ. Послѣднее бываетъ при ступорѣ, глубокомъ слабоуміи и вообще при явленіяхъ общаго упадка душевной дѣятельности.

Очень часто усиленная работа фантазіи, присоединяясь къ воспоминаніямъ о дѣйствительныхъ событіяхъ или къ какимъ нибудь ощущеніямъ, даетъ основаніе для развитія тѣхъ псевдореминисценцій, о которыхъ было сказано при изложеніи разстройствъ памяти. Такъ больной, перенесшій тяжелую физическую болѣзнь и вспоминая смутно о грозившей ему опасности умереть, создаетъ цѣлый рядъ образовъ, касающихся похоронъ какого нибудь знакомаго, разсказываетъ подробно о томъ, какъ онъ ѣздилъ на похороны, съ кѣмъ встрѣтился тамъ, съ кѣмъ разговаривалъ. Такого рода фантастическіе разсказы бываютъ часто при полиневритическомъ психозѣ, при старческомъ слабоуміи, при алкоголизмѣ, при нѣкоторыхъ органическихъ психозахъ. Они нерѣдки при истеріи; при истеріи иногда является непреодолимое побужденіе къ фантазированію, при чемъ продукты фантазіи выдаются за дѣйствительность. Отсюда являются проявленія симптомокомплекса своеобразной патологической лживости (Pseudologia phantastica). Этотъ симптомокомплексъ встрѣчается впрочемъ не при одной только истеріи, а также у нѣкоторыхъ дегенерантовъ. Какъ у истеричныхъ, такъ и у дегенерантовъ она можетъ давать поводъ къ цѣлому ряду недоразумѣній и даже ложныхъ обвиненій и судебныхъ процессовъ. Иной разъ

она соединяется съ страстью къ приключеніямъ; въ такихъ случаяхъ больные, увлеченные своей фантазіей, выдаютъ себя не за тѣхъ лицъ, кто они въ дѣйствительности, и появляются въ различныхъ самозванныхъ роляхъ, чаще всего въ роляхъ важныхъ лицъ, ревизоровъ, извѣстныхъ врачей; они сочиняютъ самыя разнообразныя исторіи, вводятъ многихъ въ заблужденія и обусловливаютъ цѣлый рядъ траги-комическихъ положеній.

Исторія одного изъ такихъ самозванцевъ описана въ „Вопросахъ нервно-психической медицины“: молодой человѣкъ проѣхалъ по всему югу Россіи, выдавая себя за врача ревизора, устраивая консультаціи, производя дознанія, приказывая устраивать себѣ торжественныя встрѣчи и проводы, принимая различнаго рода благодарности, пока наконецъ послѣ многихъ продѣлокъ не былъ уличенъ въ обманѣ и не былъ помѣщенъ для испытанія въ психіатрическую больницу. Очень часто при этомъ совсѣмъ нѣтъ корыстныхъ побужденій. Я зналъ одного молодого человѣка изъ очень состоятельной семьи, который при такихъ приключеніяхъ совершенно безкорыстно и только для самого себя изображалъ изъ себя кондуктора поѣзда, производилъ самыя точныя вычисленія часовъ и минутъ встрѣчи поѣздовъ по дорогамъ, по которымъ ему во время его приключеній приходилось проѣзжать, расписывался въ своей записной книжкѣ такъ, какъ долженъ расписываться кондукторъ на желѣзной дорогѣ, испытывалъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ всѣ неудобства кондукторской дѣятельности и затѣмъ послѣ многихъ лишеній возвращался домой къ сильно безпокоившейся о немъ семьѣ.

У другихъ больныхъ усиленное фантазированіе проявляется въ своеобразныхъ актахъ творчества, въ писаніи литературныхъ произведеній, стихотвореній и пр. Эти произведенія часто поражаютъ странными сопоставленіями, указывающими на особенности въ сочетаніи идей, на яркость фантазіи и на нежеланіе стѣсняться общепринятыми рамками. Многія изъ такихъ произведеній по содержанію и по формѣ вполнѣ литературны, нѣкоторыя чрезмѣрно вычурны, символистичны, нѣкоторыя совсѣмъ безсмысленны. Въ моей коллекціи есть, напр., одно стихотвореніе, написанное однимъ очень дѣловымъ и предпріимчивымъ коммерсантомъ въ состояніи полуострой паранойи (paranoia hyperphantasica)

Небо какъ огонь
Смотрю направо—
Высокія деревья
Чуть не загараются,
Смотрю впереди—
Опасности нѣтъ...
Синенькіе огоньки

Видны только справа
Каменный столбъ
Прямо стоитъ

Вотъ еще образецъ литературныхъ произведеній того же больного:

„Сейчасъ я былъ въ кабинетѣ, гдѣ налѣво впереди сердце больное любовь материнскую напоминаетъ. И показалось моимъ глазамъ, треугольникъ розовый летѣлъ, потомъ пятиугольникъ. И въ третій разъ какъ бы шестиугольный сапфиръ. А на западѣ солнце горитъ и люди кресгъ несутъ вправо. А чиновникъ пошелъ налѣво. Высокую даму приглашаютъ во дворецъ, чиновникъ пошелъ налѣво. А огненное солнце между деревьями палитъ и полетѣли птички налѣво [1]).

Во время болѣзни у этого больного вообще была очень сильная наклонность къ фантазированію и символизированію, что кромѣ литературныхъ произведеній проявлялось въ его рисункахъ, фигурахъ, выпиливаемыхъ изъ дерева и т. п. По выздоровленіи все это совершенно прошло.

По своему характеру нѣкоторыя стихотворенія больныхъ очень напоминаютъ стихотворенія модныхъ поэтовъ символистовъ, изъ среды которыхъ, кстати сказать, нѣкоторые представляли несомнѣнныя психопатическія особенности.

Патологическая фантазія проявляется у душевно-больныхъ и въ характерѣ ихъ письма: многіе въ срединѣ писемъ ставятъ символическія фигуры, разные знаки; нѣкоторые рисуютъ аллегорическія картины, строятъ странныя модели, выдумываютъ слова, иногда создаютъ свой языкъ

Среди произведеній искусствъ можно не особенно рѣдко найти ясно выраженныя проявленія болѣзненной фантазіи авторовъ или художниковъ съ особенностями, могущими до нѣкоторой степени уяснить патологическія явленія, наблюдаемыя и въ клиникѣ.

Здѣсь кстати прибавить, что литература и художественныя произведенія имѣютъ вообще большое значеніе въ изученіи проявленій патологіи душевной жизни. Многія изъ этихъ проявленій замѣчались, описывались или обрисовывались въ характерныхъ чертахъ выдающимися писателями и художниками благодаря той чуткости, съ которою даровитые представители искусства воспринимаютъ дѣйствительность Конечно въ этихъ изображеніяхъ попадаются и неправильности, но нѣ-

---

[1]) Эти произведенія напечатаны и въ интересной статьѣ Н. Н. Баженова: „Декаденты и символисты“.

которыя черты поразительно вѣрны и, такъ сказать, опережаютъ медицинскія наблюденія.

B) Качественныя разстройства въ интеллектуальной сферѣ.

Наблюдая различные случаи, при которыхъ являются всѣ описанныя разстройства въ интеллектуальной дѣятельности, мы можемъ придти къ заключенію, что во многихъ случаяхъ, когда есть разстройство въ количествѣ идей, въ быстротѣ теченія идей, въ связности хода мышленія, въ памяти и проч., у больного замѣтны бываютъ *только количественныя* разстройства въ познавательной дѣятельности: онъ не говоритъ ничего такого, что прямо противорѣчило бы дѣйствительности, а между тѣмъ онъ все-таки представляетъ очень рѣзкіе признаки разстройства умственной дѣятельности. Но иногда и на основаніи вышеописанныхъ разстройствъ бываютъ и ***качественныя*** измѣненія, т. е. разстройства въ содержаніи представленій. Это, напримѣръ, бываетъ при тѣхъ разстройствахъ памяти, при которыхъ человѣкъ смѣшиваетъ свои сны съ дѣйствительностью; это же бываетъ при усиленіи воображенія, когда больной увлекается своими фантазіями и принимаетъ ихъ за дѣйствительность.

Но особенно рѣзко бываетъ измѣненіе въ содержаніи интеллектуальной дѣятельности при ***качественныхъ*** измѣненіяхъ воспріятій, при неправильности ихъ образованіи и при качественныхъ измѣненіяхъ въ мысляхъ (идеяхъ).

Качественныя измѣненія въ воспріятіяхъ и мысляхъ могутъ быть различными вообще. Во первыхъ, можетъ быть качественное разстройство въ воспріятіяхъ и мысляхъ вслѣдствіе непропорціональности въ отдѣльныхъ составныхъ элементахъ, изъ которыхъ слагаются психическіе акты воспріятія и мышленія, чрезмѣрнаго увеличенія или уменьшенія одного какого нибудь элемента относительно другихъ, а во вторыхъ могутъ быть совершенно извращенныя, ложныя воспріятія или ложныя мысли.

Соотвѣтственно этому мы имѣемъ такія категоріи качественныхъ разстройствъ въ сферѣ интеллектуальной дѣятельности:

1. Качественныя разстройства воспріятій:

а) неправильныя воспріятія, образующіяся вслѣдствіе несоразмѣрности въ отдѣльныхъ составныхъ частяхъ акта воспріятія (несоразмѣрныя воспріятія).

б) ложныя воспріятія или обманы чувствъ (галлюцинаціи и иллюзіи).

2. Качественныя разстройства въ мысляхъ или идеяхъ:

а) несоразмѣрныя мысли—такъ наз. „навязчивыя идеи“,

б) ложныя мысли (или бредовыя, нелѣпыя идеи).

I. Качественныя разстройства воспріятій.

а) **Несоразмѣрныя воспріятія.** Качество воспріятій имѣетъ очень большое значеніе для душевной жизни. Мы знаемъ изъ самонаблюденія что тѣ впечатлѣнія, которыя мы непосредственно воспринимаемъ нашими органами чувствъ, даютъ направленіе мыслямъ и часто опредѣляютъ собою наши чувства и поступки. Поэтому *болѣзненныя измѣненія въ условіяхъ акта воспріятія* имѣютъ большое значеніе въ патологіи душевныхъ болѣзней.

Главными условіями для образованія воспріятій являются: съ одной стороны дѣятельность органовъ чувствъ и образованіе ощущеній, а съ другой—дѣятельность вниманія.

Процессъ воспріятія находится въ тѣснѣйшей зависимости отъ органовъ чувствъ и отъ процесса образованія ощущеній, а потому различнаго рода болѣзненныя разстройства въ области физической чувствительности и неправильность въ образованіи ощущеній отражаются и на воспріятіяхъ. Начнемъ съ болѣзненныхъ разстройствъ перваго рода.

Всякія *чрезмѣрно сильныя* или *чрезмѣрно долгія* необычныя сенсоріальныя раздраженія оказываютъ вліяніе на процессъ воспріятій. Преобладаніе ощущеній какого нибудь одного рода или чрезмѣрная сила и постоянство какихъ нибудь отдѣльныхъ ощущеній дѣйствуютъ на содержаніе умственной дѣятельности, измѣняя направленіе мысли и вызывая преобладаніе тѣхъ или другихъ идей Часто существованіе неумолкаемаго шума въ ушахъ, искръ въ глазахъ, различныхъ парестезій, наличность необычнаго раздраженія вкусовыхъ и обонятельныхъ нервовъ—наполняютъ сознаніе односторонними воспріятіями Существованіе какихъ нибудь постоянныхъ болевыхъ ощущеній, наприм., болѣзненности въ области межреберныхъ нервовъ у неврастениковъ, усиленнаго ощущенія біенія сердца, приковываетъ къ себѣ вниманіе, порабощаетъ мысль, заставляя думать о возможности болѣзни сердца и постоянно опасаться умереть отъ разрыва сердца. Аналогичныя явленія бываютъ очень часто.

Отсюда ясно, что тѣ или другія разстройства физической чувствительности имѣютъ большое значеніе въ патологіи душевныхъ болѣзней, и, разспрашивая душевно больного, нужно по возможности ясно представить себѣ, какія разстройства чувствительности у него существуютъ, какого рода болѣзненныя ощущенія онъ испытываетъ и какое вліяніе имѣютъ они на содержаніе мыслей больного.

Въ процессѣ образованія воспріятій изъ ощущеній, кромѣ главнаго ощущенія, вызываемаго воздѣйствіемъ внѣшняго стимула на соотвѣтствующій отдѣлъ органовъ чувства, играютъ довольно большую роль *побочныя ощущенія*, являющіяся, такъ сказать, по иррадіаціи. Мы знаемъ хорошо, что, напр., при страданіи зуба можетъ чувствоваться по иррадіаціи боль въ различныхъ вѣтвяхъ тройничнаго нерва; при желчныхъ камняхъ, нерѣдко по иррадіаціи боль распространяется въ области лѣвыхъ межреберныхъ нервовъ, вызываетъ боль въ сторонѣ сердца и порождаетъ представленія о страданіи сердца. Такого рода распространеніе болевого ощущенія по иррадіаціи имѣетъ безспорное значеніе на многихъ душевно больныхъ, вызывая тѣ или другія ложныя идеи въ зависимости отъ характера болѣзни.

Кромѣ такого рода однородныхъ сенсоріальныхъ иррадіацій существуетъ еще распространеніе ощущенія съ одного органа чувства на другой. Такъ за послѣдніе 25 лѣтъ было обращено особенное вниманіе на то, что нѣкоторые люди при воспріятіи слуховыхъ впечатлѣній испытываютъ не только соотвѣтствующее звуковое ощущеніе, но и какое-либо зрительное, цвѣтовое. Это такъ называемое *audition colorée* (*цвѣтовой слухъ*). Очень характерно это явленіе было у нѣкоего Nussbaumer'а, который сдѣлалъ о себѣ самомъ докладъ въ Вѣнскомъ медицинскомъ Обществѣ. Съ ранней юности у него и у его брата съ каждымъ звуковымъ ощущеніемъ появлялось опредѣленное, этому звуку присущее, цвѣтовое ощущеніе. Нѣкоторые звуки доставляли ему удовольствіе не столько сами по себѣ, сколько по тому, на сколько были красивы вторичныя цвѣтовыя ощущенія. При дальнѣйшихъ наблюденіяхъ оказалось, что людей, подобно Нуссбаумеру, имѣющихъ вторичныя цвѣтовыя ощущенія воспріятія вслѣдъ за звуковыми, довольно много. Большею частью они принадлежатъ къ числу лицъ неуравновѣшенныхъ съ усиленной или болѣзненной фантазіей. Большинство изъ нихъ увѣряетъ, что каждый гласный и согласный звукъ вызываетъ особенное, вполнѣ реальное, ощущеніе. Такъ *a*, напр., желтый цвѣтъ, *e*—бѣлый, *i*—голубой и проч. У другихъ лицъ ассоціація ощущеній иная.

Вторичныя цвѣтовыя ощущенія, являющіяся по иррадіаціи, называются иногда *фотизмами*. Аналогично имъ бываютъ *фонизмы*, т. е. вто-

ричныя звуковыя ощущенія, но они гораздо рѣже. Они вызываются или сильными свѣтовыми ощущеніями или рѣзкими осязательными; вторичныя ощущенія другихъ чувствъ тоже бываютъ. Локализируются вторичныя ощущенія или прямо въ соотвѣтствующей области органовъ чувствъ или во внѣшнемъ мірѣ, иногда внутри головы. У собственно душевно больныхъ такого рода вторичныя ощущенія (воспріятія) бываютъ рѣдко, но тѣмъ не менѣе иногда, повидимому, бываютъ и при недостаточности критики больного могутъ дать поводъ къ образованію ложныхъ идей и галлюцинацій (такъ наз. *рефлекторныхъ галлюцинацій*).

Кромѣ органовъ чувствъ и ощущеній въ дѣлѣ развитія воспріятій играетъ большую роль и актъ вниманія. Въ самомъ дѣлѣ, сами по себѣ ощущенія иногда вызываютъ слишкомъ блѣдныя представленія, не переходящія порога сознательности, а остающіяся всецѣло въ безсознательной области. Переходъ ощущеній въ сознательныя воспріятія много зависитъ отъ того съ какими представленіями, находящимися въ запасѣ нашего интеллекта, они сочетаются. Всѣмъ извѣстенъ тотъ фактъ, что незнакомый съ какой нибудь группой явленій, совсѣмъ не замѣчаетъ ихъ, несмотря на то, что получаетъ соотвѣтствующія ощущенія. Неопытный въ гистологическихъ изслѣдованіяхъ студентъ совсѣмъ какъ бы и не видитъ подъ микроскопомъ того, что видитъ гистологъ. Для того, чтобы онъ увидалъ, нужно ему сказать или даже нарисовать то, что онъ долженъ видѣть. Когда мы смотримъ на такъ наз. „загадочную картинку“, мы часто рѣшительно не въ состояніи увидать ту фигуру, которая составляетъ предметъ загадки, а когда намъ ее укажутъ, мы съ ясностью отличаемъ ее и удивляемся, какъ не замѣтили ранѣе. На этомъ психологическомъ свойствѣ основанъ и успѣхъ многихъ фокусовъ: мы воспринимаемъ почти исключительно то, къ чему подготовлены. Подготовленіе же нашего интеллекта къ воспріятію обусловливается между прочимъ направленіемъ ассоціаціи идей, зависящемъ въ свою очередь въ значительной степени отъ того, что называется вниманіемъ. Отсюда становится ясно, насколько состояніе вниманія отражается на качествѣ нашихъ воспріятій.

Подъ вліяніемъ одностороннаго вниманія человѣкъ часто не замѣчаетъ очень сильныхъ впечатлѣній и воспринимаетъ наоборотъ очень слабыя, если только они входятъ въ кругъ того, чѣмъ онъ въ данную минуту занятъ. Вслѣдствіе этого во время болѣзни подъ вліяніемъ чрезмѣрно напряженнаго вниманія человѣкъ часто имѣетъ сознательныя воспріятія отъ такихъ ощущеній, которыя въ нормальномъ состояніи не сознаются; такъ, мнительный человѣкъ чувствуетъ цѣлый рядъ ощущеній отъ внутреннихъ органовъ, не доносящихся до созна-

нія при обычныхъ условіяхъ, чувствуетъ біеніе сердца, жаръ, боль безъ какого либо соотвѣтствующаго дѣйствительнаго раздраженія. Иногда вслѣдствіе болѣзненнаго направленія вниманія, обусловленнаго какой нибудь эмоціей или предвзятой идеей, больной самыя обычныя ощущенія воспринимаетъ извращенно. Такъ наприм. при бѣлой горячкѣ, когда рядомъ съ чувствомъ страха и ожиданіемъ неприятности существуютъ невралгическія боли въ ногахъ, больные часто кричатъ, что ихъ кусаютъ собаки: у нихъ ощущеніе боли вызываетъ неправильное восприятіе укуса собакою. Аналогичныхъ явленій у душевно-больныхъ приходится наблюдать чрезвычайно много. Они впрочемъ стоятъ уже бокъ-о-бокъ съ такъ-называемыми обманами чувствъ и часто переходятъ въ ихъ область.

б) **Ложныя восприятія. Обманы чувствъ (галлюцинаціи и иллюзіи).** Обманы чувствъ составляютъ одно изъ самыхъ частыхъ и чрезвычайно важныхъ болѣзненныхъ явленій у душевно-больныхъ. Обманами чувствъ или мнимоощущеніями, или иначе галлюцинаціями въ широкомъ смыслѣ слова, называется появленіе въ сознаніи *представленій, соединенныхъ съ ощущеніями*, соотвѣтствующими такимъ предметамъ, которые въ дѣйствительности въ данную минуту не производятъ впечатлѣнія на органы чувствъ человѣка. Такъ, галлюцинирующій можетъ видѣть передъ собою знакомаго, котораго совсѣмъ нѣтъ въ это время на-лицо, слышать пушечные выстрѣлы, которыхъ не существуетъ, и т. д. Въ сущности всякая галлюцинація происходитъ изъ сочетанія какого-нибудь представленія, возстановившагося въ сознаніи (образнаго воспоминанія) съ яркимъ *чувственнымъ* впечатлѣніемъ. Это есть репродукція, мысль, одѣвшаяся въ яркую чувственную оболочку, или, какъ выразился французскій психіатръ Lélut, „галлюцинація есть идея, проецированная наружу“. Дѣйствительно, очень нерѣдко больные сами замѣчаютъ близкое соотвѣтствіе ихъ мыслей съ галлюцинаціями; нѣкоторые прямо говорятъ такъ: „подумаю я о чемъ-нибудь и сейчасъ услышу, какъ мнѣ кто-то отвѣчаетъ на мою мысль“. Отсюда понятно, что есть нѣкоторое основаніе смотрѣть на галлюцинаціи, какъ на такія явленія, при которыхъ мысль проецируется во внѣшній міръ, одѣваясь въ сенсоріальную оболочку.

Въ патологіи душевной жизни галлюцинаціи играютъ очень важную роль. Онѣ наблюдаются очень часто и представляютъ чрезвычайное разнообразіе, какъ по своему качеству, такъ и по своему происхожденію и по вліянію на мысли и поступки больныхъ.

Различіе галлюцинацій прежде всего опредѣляется органами чувствъ, съ которыми онѣ связаны, а затѣмъ по своему содер-

жанію и по напряженности. Галлюцинаціи могутъ быть въ области всѣхъ органовъ чувствъ. Такъ могутъ быть зрительныя галлюцинаціи. По содержанію онѣ очень разнообразны: больной, напримѣръ, видитъ очень ясно демоновъ или страшныхъ животныхъ, видитъ святыхъ, Бога, Богородицу, видитъ свѣтъ небесный; или онъ видитъ пламя, адъ, или передъ нимъ рисуются чудные ландшафты, къ нему подходятъ его знакомые; иногда, проходя по улицѣ, онъ видитъ, какъ отъ него отворачиваются, плюютъ, дѣлаютъ ему гримасы; при бѣлой горячкѣ часто видятся мелкіе звѣри, бѣгающія мыши, чортики, паутина, страшныя или хохочущія физіономіи и т. п. Иногда предметы представляются, какъ силуэты, т. е. темные, иногда же—окрашенные въ соотвѣтствующія цвѣта и совершенно рельефные, какъ живые. Одинъ больной, алкоголикъ, увѣрявшій на лекціи, что на деревѣ передъ окномъ аудиторіи сидитъ чортикъ, говорилъ потомъ: „Профессоръ должно быть близорукъ—такъ ясно было видно, а онъ говоритъ, что ничего нѣтъ". Иногда предметы, находящіеся за галлюцинаторными образами, не видятся больнымъ, иногда же галлюцинаторные образы просвѣчиваютъ и видятся, какъ „прозрачныя привидѣнія" или „тѣни". Иной разъ видимые предметы совершенно такіе, какіе бываютъ въ природѣ; иной же разъ представляютъ странныя сочетанія по формѣ и цвѣту—напримѣръ, синій воробей, звѣрь съ крыльями и проч. Иной разъ при скошеніи глазъ видимые образы удваиваются, какъ и настоящіе предметы; иногда они видятся лишь однимъ глазомъ, а другимъ не видятся (односторонняя галлюцинація).

Аналогичныя явленія могутъ быть и въ области слуха. Больной слышитъ голоса; эти голоса иногда его ругаютъ, оскорбляютъ, иногда хвалятъ. Иногда онъ слышитъ, какъ перешептываются за стѣной, подъ поломъ или надъ потолкомъ, сговариваются его убить; часто слышатся стоны родныхъ и знакомыхъ, очень нерѣдко слышатся пушечные выстрѣлы, громъ и т. п. Очень часто голоса ведутъ цѣлые разговоры, сообщаютъ больному интересныя и смѣшныя вещи, иногда перуругиваются между собою, сговариваются что-либо сдѣлать съ больнымъ, иногда отвѣчаютъ больному на его мысли, подсказываютъ ему, что нужно говорить. Иногда они ясны, отчетливы, близки; иногда—глухи, больной слышитъ ихъ, какъ бы черезъ телефонъ. Иногда слуховыя галлюцинаціи бываютъ односторонния, т. е. слышатся только съ одного уха. Иногда бываетъ, что съ одного уха слышатся только пріятныя вещи (восхваленія и предсказанія о величіи, святости), а съ другого—только непріятныя (угрозы, оскорбленія).

Обманы чувствъ со стороны осязанія выражаются въ различныхъ

ощущеніяхъ въ кожѣ: больной чувствуетъ на тѣлѣ электричество въ видѣ покалыванія, дуновенія; иногда ему кажется, что его кусаютъ собаки, звѣри; иногда чувствуетъ, что его рѣжутъ ножами, жгутъ; иногда чувствуетъ ледяной холодъ.

Обманы чувствъ въ сферѣ обонянія заключаются въ ощущеніи ложнаго запаха. Такъ, часто больные утверждаютъ, что они разлагаются, что отъ нихъ пахнетъ или что они находятся среди покойниковъ, потому что слышатъ трупный запахъ, многіе больные опредѣляютъ чувствуемый ими запахъ особыми терминами, напр., тлетворный запахъ, запахъ „дьявольскій"; другіе больные чувствуютъ удушливый запахъ, вслѣдствіе чего заключаютъ, что ихъ хотятъ одурманить, третьи—запахъ очень пріятный—кипариса, ладана, духовъ.

Въ области вкуса обманы чувствъ выражаются въ ощущеніи металлическаго вкуса или какого-нибудь отвратительнаго вкуса „мертвечины". Очень часто эти обманы чувствъ служатъ поводомъ къ отказу отъ пищи.

Въ области мышечнаго чувства тоже могутъ быть обманы. Больной чувствуетъ, что имъ кто-то движетъ, что его кто-то побуждаетъ, толкаетъ, заставляетъ принимать различныя позы, что его руки и ноги движутся не по его волѣ, а подъ вліяніемъ какой-то посторонней силы, что вдругъ онъ дѣлается или необыкновенно тяжелъ, или необыкновенно легокъ. Точно также и окружающіе предметы какъ будто измѣняются въ своемъ вѣсѣ.

Обманы чувствъ нерѣдки и въ области общаго чувства; тогда больные жалуются на то, что внутри ихъ кто-то сидитъ, копошится (что нерѣдко ведетъ къ ложной идеѣ о беременности); или чувствуютъ жженіе внутри, что ведетъ къ идеѣ о томъ, что внутри находится демонъ или адскій огонь. Очень нерѣдко ощущеніе какого-то общаго вихря, вслѣдствіе чего больному кажется, что онъ куда-то уносится съ земли.

Нерѣдки обманы полового чувства, при которыхъ больные испытываютъ сладострастныя ощущенія, актъ coitus'а.

Всѣ эти явленія бываютъ очень разнообразны по степени *своей интензивности.* Они иногда бываютъ чрезвычайно интензивны; съ большимъ напряженіемъ (иногда съ гораздо бо́льшимъ, чѣмъ реальныя воспріятія), вторгаются они тогда въ сознаніе и подчиняютъ себѣ вниманіе настолько, что все содержаніе душевной жизни опредѣляется характеромъ обмановъ чувствъ. Въ другихъ случаяхъ они, напротивъ, блѣдны, неинтензивны; больной можетъ отвлекаться отъ нихъ, и тогда они не имѣютъ такого вліянія на все содержаніе душевной жизни больного.

Кромѣ различія по органамъ чувствъ, по содержанію и по напряженности, обманы чувствъ различаются еще и по своему происхож-

денію, по отношенію своему къ дѣйствительнымъ, предметнымъ раздраженіямъ. Такъ, со временъ французскаго психіатра Эскироля раздѣляютъ ихъ на галлюцинаціи въ собственномъ смыслѣ слова и на иллюзіи. Различіе между ними такое, что подкладкой для иллюзіи всегда служитъ какое-нибудь ***дѣйствительное раздраженіе органовъ чувствъ, неправильно воспринятое***; галлюцинація же въ собственномъ смыслѣ слова можетъ явиться ***безъ*** всякаго периферическаго раздраженія органовъ чувствъ. Такъ, если больной, слыша свистокъ паровой машины, слышитъ въ этомъ свисткѣ слова, то это будетъ иллюзія; или если, смотря на свѣтъ отъ лампы, онъ видитъ сіяющаго ангела, то это будетъ тоже иллюзія. Если же больной слышитъ голосъ среди полной тишины, то это будетъ галлюцинація въ собственномъ смыслѣ слова. ***Иллюзіи суть извращенныя „предметныя“ воспріятія, ложно-ощущенія, галлюцинаціи-же „безпредметныя“ мнимо-ощущенія.***

Иллюзіи также, какъ и галлюцинаціи, бываютъ во всѣхъ органахъ чувствъ. Отличить, что у больного существуетъ иллюзія или галлюцинація въ тѣсномъ смыслѣ слова, иногда очень трудно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ очевидностью можно доказать, что у больного иллюзія, наприм., когда онъ въ отдушникѣ видитъ страшное лицо, или въ карканьѣ вороны ясно слышитъ ругательныя слова; но доказать, что у больного существуютъ ***истинныя галлюцинаціи,*** всегда довольно затруднительно. Какъ одно изъ доказательствъ иллюзорнаго характера зрительнаго ложнаго воспріятія служитъ иногда удвоеніе его при скошеніи зрительныхъ осей. Осязательныя, обонятельныя и вкусовыя ложныя воспріятія большею частью бываютъ иллюзорнаго происхожденія, а не чистыя галлюцинаціи.

Кромѣ собственно галлюцинацій и иллюзій къ галлюцинаторнымъ явленіямъ относятся также такъ-называемыя псевдогаллюцинаціи (по терминологіи талантливаго, преждевременно скончавшагося русскаго психіатра Кандинскаго [1]), или психическія галлюцинаціи (названіе французскаго психіатра Baillarger). Различіе между этими галлюцинаторными явленіями и истинными галлюцинаціями такое: при истинной галлюцинаціи человѣкъ слышитъ или видитъ то, что ему представляется, такъ, какъ будто то, что онъ слышитъ или видитъ, находится въ видѣ ***реальнаго*** предмета ***внѣ его***, въ окружающей средѣ; больной на вопросъ: ***„какъ*** онъ видитъ“,—обыкновенно отвѣчаетъ, что онъ видитъ такъ же, какъ бы предметъ находился передъ нимъ. При псевдогаллюцинаціи

[1]) По терминологіи другихъ авторовъ, напр., Hagen'а терминъ псевдогаллюцинаціи имѣетъ другое значеніе — это то, что можетъ быть ошибочно принято за галлюцинацію,—напр., бредовая идея, навязчивая мысль и проч.

больной говоритъ, что онъ не видитъ вещи внѣшнимъ окомъ, *а умственнымъ*; или, если дѣло касается псевдогаллюцинаціи слуха, то онъ говоритъ, что слышитъ какъ бы *внутреннимъ ухомъ*. Отсюда ясно, что псевдогаллюцинаціи довольно близки по своему свойству къ репродукціямъ воображенія, т.-е. къ продуктамъ фантазіи, но такимъ, которыя являются не произвольно (не по волѣ больного), а помимо его воли, самобытно, и притомъ часто неотвязчиво преслѣдуютъ сознаніе.

Псевдогаллюцинаціи (Кандинскаго) бываютъ почти исключительно въ области зрѣнія и слуха, изрѣдка въ области осязанія. Въ области осязанія онѣ испытываются въ видѣ представленія о томъ, что кто-то стоитъ подлѣ больного и готовъ до него дотронуться. При псевдогаллюцинаціяхъ зрѣнія больному рисуются *какъ картины* (но картины, *въ дѣйствительность которыхъ онъ вполнѣ вѣритъ*) ландшафты, фигуры, образы святыхъ; они часто окрашены въ яркія цвѣта, иногда движутся, производятъ цѣлыя сцены, мѣняются. Иногда больные сами называютъ ихъ „видѣніями“, хотя все-таки считаютъ, что происхожденіе ихъ не зависитъ отъ самихъ больныхъ. Они локализируются или во внѣшній міръ, или иногда внутрь головы больного, какъ будто онъ видитъ глазами назадъ.

При псевдогаллюцинаціяхъ слуха больной ощущаетъ въ *своей головѣ* слова, разговоры,—онъ говоритъ обыкновенно, что звука не слышитъ, но ясно воспринимаетъ слова, которыя находятся то въ его головѣ, то въ животѣ, въ горлѣ и другихъ частяхъ тѣла. Большею частью больные увѣряютъ при этомъ, что имъ вкладываютъ „чужія“ мысли, что имъ говорятъ черезъ какіе-то особые аппараты. Иногда при этомъ больные чувствуютъ, что слова какъ будто локализируются въ ихъ языкѣ, испытываютъ мускульныя ощущенія, соотвѣтствующія говоренію, и увѣряютъ поэтому, что ихъ „заставляютъ“ произносить мысли, которыя имъ „вкладываютъ“. Иногда эти „чужія“ мысли циничны, грязны, кощунственны, и потому больные крайне смущаются, будучи увѣрены, что всѣ слышатъ эти мысли, такъ какъ онѣ „точно звучатъ“, или, такъ какъ слова, соотвѣтствующія мыслямъ, непроизвольно произносятся ими самими. Иногда и дѣйствительно больные чувствуютъ непреодолимую потребность произносить „чужія“ или свои мимолетныя мысли и потому время отъ времени производятъ губами и языкомъ движенія, какъ при говореніи, или тихо шепчутъ. Больные часто объясняютъ это тѣмъ, что у нихъ какимъ-то механизмомъ „вытягиваютъ“ мысли. По взгляду нѣкоторыхъ новѣйшихъ авторовъ (напр. Séglas) слуховыя псевдогаллюцинаціи могутъ быть разсматриваемы, какъ безпредметныя ощущенія изъ области чувствованій, сопровождающихъ процессы движенія, почему

и заслуживаютъ названіе двигательныхъ галлюцинацій (hallucinations motrices). Въ самомъ дѣлѣ, беззвучныя „чужія“ слова, ощущаемыя внутри, можно разсматривать какъ галлюцинацію или иллюзію того ощущенія, которое сопровождаетъ внутренній образъ слова (parole interne), а ложное ощущеніе говоренія можно разсматривать, какъ иллюзію мышечнаго чувства, локализирующуюся въ области мускуловъ, участвующихъ въ произношеніи словъ. Вообще по моему мнѣнію псевдогаллюцинаціи какъ зрѣнія, такъ и слуха суть иллюзіи общаго чувства, именно иллюзіи тѣхъ ощущеній, которыя сопровождаютъ процессы нашего мышленія (соединеннаго по большей части съ особымъ мускульнымъ ощущеніемъ, соотвѣтствующимъ акту вниманія) и центробѣжные процессы душевной жизни (стремленіе мысли выразиться въ двигательномъ актѣ, т. е. въ словѣ, жестѣ, мимическихъ движеніяхъ)

Галлюцинаціи, иллюзіи и псевдогаллюцинаціи могутъ быть простыя и сложныя (комбинированныя). Сложными галлюцинаціями называются такія, въ которыхъ въ одномъ ложномъ воспріятіи сочетаются галлюцинаціи различныхъ родовъ. Такъ больной, напр., видитъ говорящую фигуру (зрительная галлюцинація) и слышитъ соотвѣтствующія слова (слуховая галлюцинація). Такимъ способомъ комбинироваться могутъ между собою и галлюцинаціи, и иллюзіи, и псевдогаллюцинаціи. Иногда комбинація развивается лишь постепенно; такъ сначала больной долгое время видитъ лишь фигуру, а потомъ уже слышитъ, какъ эта фигура говоритъ.

Причиной появленія обмановъ чувствъ бываетъ чаще всего душевная болѣзнь или отравленіе ядами (атропинъ, гашишъ, опій и др.). Собственно галлюцинаціи и псевдогаллюцинаціи бываютъ почти исключительно у душевно-больныхъ; иллюзіи же бываютъ нерѣдко у совершенно здоровыхъ лицъ. Я не говорю уже о чисто физическихъ иллюзіяхъ (преломленіе палки въ водѣ и т. п.) или физіологическихъ (искры въ глазахъ), но и психическія иллюзіи очень часты; при страхѣ и ожиданіи дерево принимаетъ форму человѣка, путникамъ въ пустынѣ кажутся деревья, верблюды. Извѣстны случаи, какъ цѣлыя группы людей поддаются одинаковымъ иллюзіямъ; напр., описываютъ такое событіе: вся команда одного парохода приняла плавающій по волнамъ чурбанъ за идущаго по волнамъ умершаго корабельнаго повара. При массовой психической эпидеміи, бывшей не очень давно въ Италіи, множество народу видѣло на небѣ мадонну.

Но и истинныя галлюцинаціи бываютъ не исключительно у душевно-больныхъ. У многихъ извѣстныхъ въ исторіи личностей бывали единичныя галлюцинаціи. Такъ извѣстно, что Лютеръ во время уто-

мленія и волненія отъ преній съ религіозными противниками имѣлъ галлюцинацію дьявола. Гете какъ то въ пути увидалъ самого себя. Спиноза тоже имѣлъ галлюцинаціи. Но во всякомъ случаѣ истинныя галлюцинаціи у людей здоровыхъ составляютъ явленіе случайное и наблюдаются большею частью при волненіи, утомленіи и безпокойствѣ. Нужно однако прибавить, что и у совершенно здоровыхъ лицъ галлюцинаціи легко вызываются гипнотическимъ внушеніемъ (какъ въ состояніи сна, такъ и безъ признаковъ сна). Въ этомъ отношеніи есть субъекты весьма впечатлительные, которымъ галлюцинаціи всякаго рода внушаются весьма легко. Такъ, одной особѣ достаточно было сказать, что на чистой четвертушкѣ бумаги нарисованъ чей-нибудь портретъ, и она начинала видѣть этотъ портретъ; мало того, если потомъ эту четвертушку перемѣшать съ другими, то же чистыми, она всетаки узнавала вѣрно ту, на которой ей было внушено видѣть портретъ. Если ей внушали, что на бумагѣ лежитъ монета, она не только видѣла ее, но и ощупывала выпуклости. Такого рода внушенныя галлюцинаціи могутъ быть положительныя и отрицательныя; отрицательной галлюцинаціей называется внушенная невозможность воспринимать какой нибудь предметъ, дѣйствительно существующій; такъ, можно внушить, чтобы субъектъ, подвергающійся эксперименту, не видалъ кого нибудь изъ присутствующихъ, не слышалъ его голоса, хотя всѣхъ остальныхъ онъ будетъ видѣть и слышать. Хотя такимъ образомъ истинныя галлюцинаціи и псевдогаллюцинаціи могутъ быть и у здоровыхъ людей, но онѣ по преимуществу наблюдаются у душевно-больныхъ.

При всякой душевной болѣзни возможны обманы чувствъ, но при однѣхъ они бываютъ рѣже, при другихъ чаще. Особенно часты они при бѣлой горячкѣ, также при такъ называемой дизноіѣ или бредовой формѣ безсмыслія (остромъ галлюцинаторномъ помѣшательствѣ) и при первичномъ помѣшательствѣ (паранойѣ). По изслѣдованію американскаго автора Musson на 1339 душевно-больныхъ онъ нашелъ обманы чувствъ въ 381-мъ случаѣ; наиболѣе часты оказались обманы чувствъ зрѣнія (128 случаевъ галлюцинацій и 63 иллюзій), нѣсколько рѣже—слуха (128 галлюц. и 10 иллюзій), гораздо рѣже обонянія (48 иллюзій и 1 галлюцинація), вкуса (27 галлюц. и иллюз.), осязанія (6 галлюц. и 19 иллюзій), общаго чувства (36 иллюзій), генитальныхъ (32 иллюз.). Эти указанія, конечно, не могутъ быть приняты какъ вполнѣ достовѣрныя вслѣдствіе трудности вопроса, но всетаки они имѣютъ хотя бы относительное значеніе.

При какихъ болѣзняхъ—какіе обманы чувствъ преобладаютъ,—это мы увидимъ впослѣдствіи при изложеніи отдѣльныхъ формъ душев-

ныхъ болѣзней; теперь я ограничусь лишь тѣмъ общимъ положеніемъ, что при острыхъ психозахъ въ началѣ душевныхъ болѣзней бываютъ и зрительныя, и слуховыя галлюцинаціи, но нѣсколько преобладаютъ зрительныя; при хроническихъ же и затянувшихся формахъ—преобладаютъ слуховыя. Обонятельныя галлюцинаціи и иллюзіи особенно часто бываютъ при психозахъ, осложненныхъ половыми аномаліями (напримѣръ мастурбаціей) или развившихся въ періодѣ половаго развитія.

По своему содержанію обманы чувствъ большею частью соотвѣтствуютъ *настроенію больныхъ*, они страшны и мрачны при меланхоліи, нерѣдко пріятны или смѣшны при экспанзивномъ настроеніи. Часто, какъ я сказалъ въ началѣ изложенія главы о галлюцинаціяхъ, многіе больные говорятъ, что слышатъ въ нихъ повтореніе своихъ мыслей, но изъ этого не слѣдуетъ, что всегда то, что является въ видѣ галлюцинаторнаго образа, соотвѣтствуетъ желанію больного. Наоборотъ, очень многое, что больной видитъ и слышитъ, противорѣчитъ „его“ мыслямъ и желанію, является прямо какъ контрастъ тому, что больной въ это время думаетъ,—и возникаетъ лишь въ силу безсознательной ассоціаціи съ тѣмъ, что въ данную минуту занимаетъ сознаніе больного, а потому и поражаетъ его, какъ нѣчто чуждое, странное Иной разъ въ теченіи душевной болѣзни обманы чувствъ являются какъ постоянный признакъ, иной разъ какъ частое эпизодическое, иногда какъ рѣдкое явленіе. Иногда онѣ бываютъ только въ извѣстное время дня. Такъ у нѣкоторыхъ они бываютъ передъ засыпаніемъ (гипнагогическія галлюцинаціи), у нѣкоторыхъ галлюцинаціи являются, когда они привыкнутъ къ мѣсту и обстановкѣ, а при переводѣ въ новое помѣщеніе на время затихаютъ. Иногда онѣ связаны съ какими нибудь впечатлѣніями. Такъ бываетъ, что больной при встрѣчѣ съ опредѣленнымъ лицомъ слышитъ брань, а при встрѣчѣ съ другимъ не слышитъ, или слышитъ слова: „не ѣшь“, когда ему подаютъ кушанье, или при чтеніи про себя—слышитъ, какъ какой-то голосъ произноситъ то, что онъ читаетъ. Это такъ наз. рефлекторныя галлюцинаціи. Иногда галлюцинаціи прекращаются, когда больные чѣмъ нибудь заняты, работаютъ или ведутъ разговоръ. Иногда же наоборотъ галлюцинаціи являются, когда больной начинаетъ читать и разговаривать; ему слышится, какъ кто-то повторяетъ то, что онъ говорилъ, или возражаетъ на его мысли, или перебиваетъ, передразниваетъ его (такъ наз. функціональныя галлюцинаціи). Иногда галлюцинаціи присоединяются главнымъ образомъ къ какому нибудь одному занятію. Я зналъ нѣсколькихъ больныхъ, которымъ при чтеніи про себя слышалось буквально все то, что они читали, точно кто нибудь повторялъ то, что они только что прочли.

Обманы чувствъ воспринимаются больными большею частью, какъ реальныя, дѣйствительно существующія явленія. Одинъ больной такъ говорилъ психіатру Лере „Я слышу голоса, потому что слышу ихъ; какъ это дѣлается, я не знаю, но они для меня такъ же явственны, какъ вашъ голосъ; если я долженъ вѣрить въ дѣйствительность вашихъ словъ, то позвольте же мнѣ вѣрить и въ дѣйствительность словъ, которыя я слышу, потому что какъ тѣ, такъ и другія для меня въ равной степени ощутительны". Вѣря въ реальность галлюцинаторныхъ воспріятій, больные однако часто по какимъ то особеннымъ признакамъ отличаютъ ихъ отъ дѣйствительныхъ предметныхъ По всей вѣроятности главнымъ признакомъ, по которому субъективно различаются галлюцинаторныя воспріятія отъ дѣйствительныхъ, служитъ особая эмоція, сопровождающая перваго рода воспріятія; нѣкоторые больные прямо говорятъ, что „голоса" ихъ особенно раздражаютъ, гораздо болѣе чѣмъ та рѣчь, которую они слышатъ въ обыкновенномъ разговорѣ и раздражаютъ не только по содержанію, но и по какому то особенному оттѣнку, сопровождающему самые звуки. Можетъ быть благодаря большей интензивности эмоціональной ассоціаціи галлюцинаціи и оказываютъ большее вліяніе на содержаніе мыслей и поступки больныхъ, чѣмъ дѣйствительность. Нѣкоторые больные—правда, сравнительно немногіе и не во всякое время, большею частью въ началѣ болѣзни и въ концѣ ея—сознаютъ, что онѣ составляютъ проявленіе болѣзни (такъ наз. сознаваемыя галлюцинаціи), но и это сознаніе чаще какое то двойственное, неувѣренное.

Само собою разумѣется, что обманы чувствъ имѣютъ чрезвычайно большое вліяніе на содержаніе душевной дѣятельности. Подъ вліяніемъ ихъ часто у больныхъ создается совершенно неправильное представленіе объ окружающихъ ихъ явленіяхъ, создаются такъ называемыя ложныя идеи. Одни больные, слыша угрозы, видя приготовленія къ казни, мучатся ожиданіемъ страданій; другіе, слыша восхваленія, считаютъ себя высокопоставленными или святыми людьми; третьи, чувствуя въ пищѣ запахъ „мертвечины", думаютъ, что ихъ кормятъ трупами замученныхъ родственниковъ. Псевдогаллюцинаціи слуха даютъ *богатую почву для развитія бредовыхъ или нелѣпыхъ идей*, наприм. о томъ, что у нихъ въ головѣ проведены телефоны, что у нихъ какими-то аппаратами вытягиваютъ слова или заставляютъ звучать ихъ мысли, что ихъ гипнотизируютъ и въ этомъ состояніи подчиняютъ чужой власти. Подъ вліяніемъ галлюцинацій развивается очень озлобленное, враждебное отношеніе къ окружающимъ людямъ: больной, наприм., слыша постоянно, какъ его оскорбляютъ, и приписывая это окружаю-

щимъ, естественно озлобляется противъ нихъ и на мнимое оскорбленіе отвѣчаетъ какимъ-нибудь насильственнымъ актомъ. Особенно важное значеніе въ отношеніи вліянія на поступки имѣютъ тѣ обманы чувствъ, которые содержатъ въ себѣ какое-нибудь повелѣніе. Такъ наприм., иногда бываетъ, что больной постоянно слышитъ голосъ: „не ѣшь“ или „убей“. Такого рода галлюцинаціи съ императивнымъ, повелительнымъ содержаніемъ нерѣдко обусловливаютъ у больныхъ отказъ отъ пищи или покушеніе на жизнь окружающихъ.

Діагностика галлюцинацій далеко не всегда легка. О существованіи у больного обмановъ чувствъ въ той или другой формѣ мы чаще всего узнаемъ изъ признанія самого больного. Но бываютъ случаи довольно частые, въ которыхъ больные не говорятъ сами о своихъ галлюцинаціяхъ. Тогда не всегда легко ихъ констатировать; но все-таки есть нѣкоторые признаки, по которымъ и въ такихъ случаяхъ можно узнать существованіе галлюцинацій. Иногда это какіе нибудь способы выраженія, особые термины, употребляемые для обозначенія своего состоянія почти исключительно галлюцинантами и по которымъ можно догадаться о наличности ихъ у даннаго больного, иногда это—особенности поведенія и даже нѣкоторые признаки замѣтные объективно, почему они и называются объективными или физическими признаками галлюцинацій. Признаками существованія галлюцинацій вообще являются: реакція больного на что-либо, чего около него не существуетъ,—больной, напр., къ чему то прислушивается, на что-то внимательно смотритъ, или неожиданно вскакиваетъ и набрасывается на другихъ, мѣняетъ свое отношеніе къ личностямъ. Затѣмъ галлюцинанты часто наклонны къ уединенію, садятся въ опредѣленномъ, одномъ и томъ же, иногда темномъ мѣстѣ; иногда вдругъ сообщаютъ новости, которыхъ они ни откуда не могли узнать. Спеціально для слуховыхъ галлюцинацій признаками служатъ: разговоры съ самимъ собою, быстрые обороты головы, безпричинный смѣхъ, безпричинные взрывы негодованія, затыканіе ушей бумагой. У нѣкоторыхъ, страдающихъ долго слуховыми галлюцинаціями впереди уха, именно впереди tragus—образуется много вертикальныхъ съ вогнутостью кзади морщинокъ, вѣроятно обусловленныхъ напряженіемъ m tragicus, рефлекторно сопровождающимъ акты прислушиванія. У другихъ больныхъ съ галлюцинаціями, слышимыми съ одной какой-нибудь стороны, иногда замѣчается постоянный поворотъ головы въ одну сторону и въ связи съ этимъ напряженіе m. sterno-cleido-mastoidei. У имѣющихъ галлюцинаціи слуха нерѣдко можно подмѣтить рефлекторныя движенія языкомъ, часто беззвучныя, иногда же соотвѣтствующія какимъ-нибудь звуковымъ образамъ. У больныхъ, страдаю-

щихъ галлюцинаціями зрѣнія, замѣтно иногда ненормальное скошеніе зрительныхъ осей, измѣненіе въ величинѣ зрачковъ, не соотвѣтствующее свѣтовому раздраженію, особенныя движенія вѣкъ, жмуреніе, вслѣдствіе чего, при долгомъ существованіи галлюцинацій зрѣнія, развивается множество морщинокъ около глаза; у многихъ такихъ больныхъ отмѣчается краснота конъюнктивы, чувство жара и жженія въ глазахъ и зависящая отъ этого наклонность тереть глаза. У больныхъ съ галлюцинаціями вкуса—признаками, заставляющими заподозрить ихъ, служатъ: слюнотеченіе, частыя глотательныя движенія, или выплевыванія и своеобразная мимика, соотвѣтствующая ощущенію дурного вкуса. У страдающихъ галлюцинаціями обонянія замѣтно иногда необычное поднятіе крыльевъ носа и верхней губы, или вертикальныя морщинки на носу. У нихъ такъ же, какъ у больныхъ, имѣющихъ галлюцинаціи обонянія, отказъ отъ пищи даетъ часто возможность заподозрить существованіе обмановъ чувствъ. Подозрѣніе относительно галлюцинацій мышечныхъ и общаго чувства должны вызывать странныя позы больныхъ, какія-нибудь стереотипныя движенія.

Для болѣе нагляднаго представленія о галлюцинаціяхъ я приведу описанія этихъ явленій. Первое описаніе я заимствую изъ статьи объ обманахъ чувствъ въ „Реальной Энциклопедіи Медицинскихъ наукъ“. Въ этой статьѣ приведено наблюденіе одной интеллигентной дамы, принявшей отравляющую дозу атропина и описывающей свое состояніе слѣдующими словами:

„Приблизительно черезъ четверть часа послѣ того, какъ я приняла атропинъ, я почувствовала страшную сухость въ горлѣ и во рту и когда хотѣла выпить еще, то едва могла проглотить нѣсколько капель. Послѣ этого я пробовала писать, но уже не могла: буквы сливались, и въ то же время отъ нихъ шли какіе то яркіе лучи. Затѣмъ въ теченіе 6—7 часовъ я лишь смутно помню непріятное ощущеніе сухости въ горлѣ и то, что когда я пробовала встать съ мѣста, ноги у меня подкосились и я чуть не упала. Когда я немного пришла въ себя, то оказалась лежащей на постели. Предъ глазами моими были ширмы, обитыя кретономъ съ букетами розъ, и когда я стала машинально взглядываться въ эти розы, то лепестки ихъ стали развертываться и изъ нихъ выходили, развертывая юбочки, прелестныя маленькія маркизы, пастушки въ костюмахъ à la Ватто. Это было очень красиво и нисколько меня не удивляло. Не помню, сколько прошло времени, когда я услышала шорохъ и, взглянувъ по направленію его, увидѣла свою знакомую (это было на другое утро), которую—какъ мнѣ казалось—я только что видѣла во снѣ и притомъ—какъ я замѣтила въ томъ платьѣ, котораго я раньше на ней не видала.

„Я теперь уже могла говорить, между тѣмъ какъ раньше (наканунѣ вечеромъ) языкъ мнѣ казался какимъ то толстымъ постороннимъ обрубкомъ, и ноги также были, какъ обыкновенно. Я наскоро кое какъ надѣла платье и встала. Подойдя къ туалету, я взяла свои часы посмотрѣть, который часъ, но цифры и стрѣлки (золотыя) были въ лучахъ, такъ что я ничего не могла разобрать. При томъ оказалось, что цѣпочка совсѣмъ стала другая—вся изъ

изумрудовъ, отъ которыхъ шли такіе лучи, какіе бываютъ, когда смотришь прищурившись на ярко блестящую точку. Вмѣстѣ съ тѣмъ у меня явилась увѣренность, что моя знакомая потеряла мою прежнюю цѣпочку и замѣнила ее другою Когда я стала уговаривать ее вернуть мнѣ мою цѣпочку, я замѣтила, что у нея вывалились всѣ зубы, и на это было очень непріятно смотрѣть. Я пошла въ гостинную и тамъ на диванѣ чинно сидѣли двое совершенно незнакомыхъ людей, мужчина и женщина. Хотя я сейчасъ же была увѣрена, что они пришли нанимать дачу, но всетаки спросила ихъ, что имъ надо. Такъ какъ они однако не обращали на меня никакого вниманія, я повернулась звонить, чтобы велѣть ихъ вывести, но когда обернулась къ нимъ, ихъ уже не было Меня это не удивило, и вообще я объ этомъ даже ничего не подумала Мнѣ стало весело и я пошла бродить по квартирѣ. Меня поразило, что у всѣхъ домашнихъ за ночь выпали зубы, и я поняла, что у нихъ были зубы вставные, и очень стыдилась за нихъ. Зубы оказались только у моей маленькой дочери. Вскорѣ пришелъ знакомый докторъ и у него тоже не оказалось двухъ переднихъ зубовъ, мнѣ было очень жалко его, но я не рѣшилась сказать ему объ этомъ Вообще я мало о чемъ думала, но твердо помнила, что есть вещи, о которыхъ я не должна никому говорить (о попыткѣ самоубійства и о другихъ *обстоятельствахъ, подавшихъ къ этому поводъ*), и *не* сказала. Все, что въ то время происходило около меня, казалось мнѣ сномъ и лишь мои галлюцинаціи яркою дѣйствительностью, оставившею по себѣ ясное воспоминаніе Когда въ тотъ же день за обѣдомъ мнѣ подали супъ, я увидала, что въ немъ бѣгаетъ множество маленькихъ рыжихъ пауковъ, и я, конечно, не стала ѣсть, но не хотѣла говорить въ чемъ дѣло, думая что пауки только у меня Однако, взглянувъ въ тарелку къ дочкѣ, я увидѣла, что у нея тоже пауки, а между тѣмъ бѣдный ребенокъ ѣлъ супъ Я сейчасъ же убрала у нея тарелку Взглянувъ на свои руки, я увидала, что между пальцами бѣгаютъ тѣ же пауки и, желая ихъ прогнать, я ихъ только давила Они были также во всѣхъ углубленіяхъ дивана, на которомъ я сидѣла и на докторѣ, который пришелъ вечеромъ. У него по прежнему не было двухъ зубовъ, а остальные свѣтились какъ изумруды Пауки преслѣдовали меня до самой ночи, а на другое утро я была совсѣмъ здорова. Только отъ всѣхъ блестящихъ предметовъ шли лучи, но я уже понимала, что это обманъ".

Въ этомъ случаѣ интересны и *зрительныя* галлюцинаціи, бывшія у больной, и ея отношеніе къ нимъ, очень характерное для того сумеречнаго состоянія сознанія, въ которомъ она находилась вслѣдствіе дѣйствія атропина, и которое очень напоминаетъ состояніе при сонныхъ грезахъ съ тою разницею, конечно, что больная не спала, а была въ состояніи бодрствованія

Въ слѣдующемъ случаѣ мы имѣемъ примѣръ *слуховыхъ галлюцинацій повелительнаго содержанія,* чрезвычайно сильно вліявшихъ на больного и обусловливавшихъ его неподвижность и молчаливость Приводимый случай показываетъ также, какъ иногда больные, повидимому совершенно неподвижные, вдругъ производятъ какое нибудь рѣзкое нападеніе на окружающихъ.

„Одинъ молодой человѣкъ, говоритъ Эскироль, послѣ сильнаго припадка бѣшенства въ теченіе шести мѣсяцевъ не говорилъ ни слова, не сдѣлалъ ни одного произвольнаго движенія и вдругъ однажды схватилъ полную бутылку и пустилъ ее въ голову служителя; послѣ этого онъ впалъ въ прежнюю неподвижность и молчаливость и выздоровѣлъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ.

Я спросилъ его, зачѣмъ онъ пустилъ бутылкой въ служителя „Потому что я слышалъ голосъ, отвѣчалъ онъ, сказавшій мнѣ: „если ты убьешь кого нибудь, то будешь спасенъ". Такъ какъ я не убилъ служителя, то судьба моя не могла измѣниться, и я попрежнему сидѣлъ молча и неподвижно; впрочемъ тотъже голосъ твердилъ мнѣ безпрестанно:—„не двигайся, не то умрешь". Эти угрозы и были причиною моей неподвижности"

Одинъ больной д-ра Кизера описалъ слѣдующимъ образомъ свои галлюцинаціи и иллюзіи слуха: „Удивительно и ужасно, и унизительно для меня, что за акустическія упражненія и опыты, даже безсмысленные—дѣлались въ теченіе двадцати лѣтъ съ моими ушами и всѣмъ тѣломъ Я съ ужасомъ убѣдился, что не только безъ моей воли, но даже безъ моего вѣдома, изъ моихъ ушей исходятъ самые различные звуки и слова по волѣ презрѣнной шайки. И что за звуки и слова! Въ 1815 году въ теченіе шести мѣсяцевъ они состояли изъ ругательства мнѣ и всѣмъ моимъ близкимъ. *одно и тоже слово раздавалось часто непрерывно въ теченіи 2—3 часовъ* Часто слышались длинныя рѣчи обо мнѣ, большею частью оскорбительныя, причемъ подражали голосу моихъ знакомыхъ; но въ нихъ рѣдко говорилась правда, большею частью это была самая позорная ложь и клевета на меня, а часто и на другихъ. Иногда распускали слухъ что это я все говорю Эти непрестанные звуки слышатся иногда только вблизи, иногда же на разстояніи получаса и даже цѣлаго часа ходьбы. Они точно выпускаются и *выбрасываются* изъ моего тѣла, и вокругъ меня распространяется самый разнообразный шумъ и стукъ, въ особенности, когда я вхожу въ домъ, деревню или городъ: поэтому я уже нѣсколько лѣтъ живу какъ отшельникъ. При этомъ у меня *звенитъ* почти постоянно въ ушахъ и часто такъ сильно, что слышно довольно далеко. Каждое отдѣльно стоящее дерево издаетъ при моемъ приближеніи, даже когда и нѣтъ вѣтра, особый шумъ и звуки, и произносить слова и фразы; телѣги и экипажи стучатъ и трещатъ совершенно особеннымъ образомъ, и разсказываютъ цѣлыя исторіи также и копыта верховыхъ лошадей, свиньи ругаются, собаки лаютъ упреки; пѣтухи и куры, даже гуси и утки выговариваютъ слова, имена, отдѣльныя фразы и отрывки рѣчей. У кузнеца подъ молотомъ и въ раздувальномъ мѣхѣ раздается множество именъ, фразъ и даже цѣлые разсказы, а онъ думаетъ что это дѣлается по моей волѣ Всѣ, кто подходитъ ко мнѣ, разсказываютъ ногами противъ собственной воли самыя странныя вещи, глупыя и безсмысленныя; это безпрестанно случается и со мной, и всѣми окружающими, въ особенности при подъемѣ на лѣстницу; даже перо, которымъ я пишу, произноситъ отдѣльные звуки, слова и фразы" („Душевныя Болѣзни" Гризингера, стр 104)

Въ послѣднемъ случаѣ мы имѣемъ примѣръ чрезвычайно рѣзкихъ слуховыхъ иллюзій: ложныя воспріятія возникали почти со всякими слуховыми впечатлѣніями больного, преслѣдовали его неотступно. Замѣчательно также содержаніе обмановъ слуха- ругательства, клеветы, оскорбленія; такіе обманы чувства бываютъ часто при первичномъ помѣшательствѣ

Очень интересны также описанія обмановъ чувствъ, составленныя имѣвшими ихъ врачами. Одно изъ такихъ описаній составлено талантливымъ психіатромъ В. Х Кандинскимъ, имѣвшимъ несчастіе страдать душевнымъ разстройствомъ, и описавшимъ испытанныя имъ явленія въ спеціальной работѣ. Вотъ слова доктора Кандинскаго: [1])

[1]) Медицинское Обозрѣніе. 1880, стр. 817.

„Страдая около двухъ лѣтъ душевною болѣзнью, я испыталъ обильнѣйшія и разнообразнѣйшія галлюцинаціи во всѣхъ чувствахъ, за исключеніемъ развѣ вкуса. Впрочемъ галлюцинаціи обонянія были сравнительно рѣдки и ихъ было трудно отдѣлить отъ реальныхъ впечатлѣній, потому что органъ обонянія былъ до крайности гиперестезированъ. Точно также я оставлю въ сторонѣ галлюцинаціи слуха, потомъ что въ отдѣльныхъ случаяхъ ихъ тоже не легко отдѣлить отъ дѣйствительнаго воспріятія: въ больницахъ для умалишенныхъ, до больного отовсюду доносится такъ много звуковъ голосовъ и рѣчей разнаго рода—и часто трудно рѣшить, что принадлежитъ окружающей обстановкѣ и что самому больному. Самыми частыми, самыми разнообразными и живыми были у меня галлюцинаціи зрѣнія и осязанія, или общаго чувства. Къ послѣднему классу я отношу многочисленныя ощущенія прикосновенія, сжиманія, душенія за горло и особенно замѣчательныя галлюцинаціи относительно равновѣсія тѣла и положенія его въ пространствѣ, какъ то: круженіе окружающихъ объектовъ какъ около оси тѣла, такъ и около линіи зрѣнія, ихъ движеніе или только въ одну, или въ разныя, но всегда опредѣленныя стороны,— убѣганіе пола изъ подъ ногъ впередъ, убѣганіе стѣнъ (иногда бывало, что часть стѣны, соотвѣтствующая правому глазу, непрерывно катилась по направленію кверху, тогда какъ часть стѣны, соотвѣтствующая лѣвому глазу, шла внизъ, причемъ такимъ движеніемъ объектовъ въ противоположныя стороны вызывалось весьма мучительное чувство раздиранія мозга), раздвиганія стѣнъ, далѣе ощущенія быстраго скатыванія по наклонной плоскости (какъ на ледяныхъ каткахъ), переворачиванія вмѣстѣ съ кроватью, верченія, качанія на воздухѣ, приподниманія, наконецъ весьма живое ощущеніе летанія въ пространствѣ. . Нѣкоторыя изъ моихъ зрительныхъ галлюцинацій были сравнительно блѣдны и неясны, совершенно такъ, какъ видитъ близорукій предметы, къ которымъ глазъ неприспособленъ. Другія же были такъ же ярки и сложны, такъ же блистали красками, какъ дѣйствительные предметы. Яркія галлюцинаціонныя картины зрѣнія вполнѣ прикрывали реальные предметы. Впродолженіе одной недѣли я, смотря на стѣну, оклеенную одноцвѣтными обоями, послѣдовательно видѣлъ на ней рядъ большихъ картинъ al fresco, обведенныхъ вычурными золотыми рамами, картинъ, изображавшихъ ландшафты, морскіе виды, иногда портреты, причемъ краски были такъ живы, какъ въ картинахъ итальянскихъ мастеровъ. Въ другой разъ, приготовляясь ложиться спать, я вдругъ увидалъ передъ собою статуэтку средней величины изъ бѣлаго мрамора, нѣчто въ родѣ Vénus accroupie; черезъ нѣсколько секундъ голова статуэтки отвалилась, оставивъ гладкій обрубокъ шеи съ ярко красными мышцами; упавши, раскололась по срединѣ, при чемъ вывалился мозгъ и полилась кровь; контрастъ бѣлаго мрамора и красной крови былъ особенно рѣзокъ. Галлюцинаціи являлись какъ при открытыхъ глазахъ, такъ и при закрытыхъ. Въ первомъ случаѣ, онѣ проектировались на плоскость пола, потолка или стѣнъ, или просто выдѣлялись въ пространствѣ, прикрывая собою лежащіе за ними предметы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ окружающая обстановка совершенно исчезала, замѣняясь на нѣсколько мгновеній новою, напр., вмѣсто комнаты я оказывался на берегу залива, на противоположномъ берегу котораго шла цѣпь горъ, здѣсь пейзажъ являлся тѣлесно, а не въ видѣ писаной масляными красками картины, какъ въ другихъ случаяхъ. При закрытыхъ глазахъ сложныя галлюцинаціи большею частью возникали въ видѣ тѣлесныхъ предме-

товъ, окружающихъ меня: менѣе сложныя галлюцинаціи, напр. картины, микроскопическіе препараты, орнаментныя фигуры, рисовались на темномъ фонѣ зрѣнія. Съ теченіемъ времени галлюцинаціи зрѣнія стали настолько привычными, что не возбуждали никакого волненія или тягостнаго чувства, а скорѣе служили средствомъ препровожденія времени. Всегда между галлюцинаціями и образами воспоминанія и фантазіи остается цѣлая бездна. Существеннѣйшая черта галлюцинацій не столько ихъ живость (бываютъ изъ нихъ и блѣдныя), но ихъ чувствуемая *объективность* тогда какъ образы воспоминанія и воображенія связаны съ ощущаемою активностью мозга и всегда сохраняютъ характеръ субъективности. Нѣкоторые художники и поэты имѣютъ чрезвычайно могучую и живую фантазію, но они не галлюцинируютъ; съ другой стороны можетъ быть галлюцинантомъ и человѣкъ съ весьма бѣднымъ воображеніемъ".

Тотъ же д-ръ В. Х. Кандинскій въ своей крайне интересной книгѣ „О псевдогаллюцинаціяхъ" приводитъ много наблюденій, могущихъ служить для иллюстраціи этого рода болѣзненныхъ явленій; я воспользуюсь двумя изъ нихъ. Одно касалось врача, страдавшаго острымъ психозомъ съ разстройствомъ сознанія, обманами чувствъ и бредомъ. По выздоровленіи паціентъ составилъ описаніе испытанныхъ имъ галлюцинацій и псевдогаллюцинацій, изъ которыхъ д-ръ Кандинскій приводитъ между прочимъ слѣдующій отрывокъ.

„Находясь въ больницѣ, больной какъ-то сидѣлъ на койкѣ, прислушиваясь къ тому, что ему говорили голоса изъ простѣнка. Бредъ больного около этого времени вертѣлся на томъ, что врачи больницы согласились между собою, для спасенія его отъ угрожавшей будто бы ему смертной казни, дѣйствовать на него на разстояніи при посредствѣ особой хитро устроенной электрической машины и вообще производить надъ нимъ различнаго рода „таинственные эксперименты", отъ которыхъ онъ, больной, долженъ былъ придти въ состояніе одурѣнія, исключающее вообще собою вмѣняемость. Вдругъ онъ *внутренно* видитъ на недалекомъ отъ себя разстояніи весьма отчетливый зрительный образъ — четыреугольный листокъ блѣдносиневатой, мраморизированной бумаги, величиною въ осьмушку листа: на листѣ крупными золотыми буквами было напечатано: „Докторъ Браунъ". Въ первый моментъ больной пришелъ было въ недоумѣніе, не понимая, что могло-бы это значить, но „голоса изъ простѣнка" вскорѣ возвѣстили ему: „вотъ профессоръ Браунъ прислалъ тебѣ свою визитную карточку". Хотя бумага карточки и напечатанныя буквы были увидѣны вполнѣ отчетливо, тѣмъ не менѣе больной по выздоровленіи рѣшительно утверждалъ, что это была не настоящая галлюцинація, а именно то, что онъ, за неимѣніемъ лучшаго термина, называлъ „экспрессивно-пластическое представленіе". За первою карточкою стали получаться и другія, съ разными фамиліями (исключительно врачей и профессоровъ медицины), причемъ каждый разъ „голоса" докладывали: „вотъ тебѣ визитная карточка X, профессора У..." и т. д. Тогда больной обратился къ лицамъ въ простѣнкѣ съ вопросомъ, не можетъ ли онъ въ отвѣтъ на любезность врачей и профессоровъ, почтившихъ его своимъ вниманіемъ, разослать имъ свои визитныя карточки, на что было ему отвѣчено утвердительно. Надо замѣтить, что къ этому времени больной настолько освоился съ „голосами", что иногда (но не иначе, какъ оставшись одинъ въ комнатѣ) обращался къ нимъ съ разнаго рода вопросами и протестами, произнося ихъ вслухъ и выслушивая галлюци-

наторно на нихъ отвѣты Въ теченіе цѣлыхъ двухъ дней больной только тѣмъ и занимался, что получалъ путемъ псевдогаллюцинацій зрѣнія визитныя карточки отъ разныхъ лицъ и взамѣнъ того *мысленно* (но не псевдогаллюцинаторно) разсылалъ въ большомъ количествѣ свои собственныя карточки, пока, наконецъ, не былъ рѣзко остановленъ голосомъ изъ простѣнка: „не стрѣляй такъ своими карточками“ Послѣдняя изъ полученныхъ больнымъ карточекъ была написана уже не золотыми, а грязно-желтыми буквами, что „голоса“ объясняли такъ: „ну вотъ ты и дождался карточки, напечатанной г... ъ“. По выздоровленіи больной увѣрялъ, что онъ прежде *видѣлъ*, а потомъ уже слышалъ объясненіе, а не наоборотъ“.

Въ этомъ случаѣ у больного были настоящія слуховыя галлюцинаціи и зрительныя псевдогаллюцинаціи Въ другомъ наблюденіи д-ръ Кандинскій приводитъ случай, гдѣ было очень много разнообразныхъ обмановъ чувствъ, между прочимъ и слуховыхъ псевдогаллюцинацій

Наблюденіе касалось одного техника, давно страдавшаго хроническимъ бредомъ преслѣдованія Въ періодъ наблюденія бредъ больного имѣлъ чисто частный характеръ (при чемъ больной не представлялъ, по словамъ д-ра Кандинскаго, замѣтнаго ослабленія умственныхъ способностей) и въ общихъ чертахъ состоялъ въ слѣдующемъ. Вздумавъ вчинить искъ къ одному крупному заводу, онъ будто-бы долженъ былъ затронуть интересы многихъ высокопоставленныхъ лицъ въ Петербургѣ, и вслѣдствіе того сталъ жертвою „упражненій токистовъ“ „Токисты“ суть нечто иное, какъ корпусъ тайныхъ агентовъ, употребляемыхъ для вывѣдыванія намѣреній и мыслей лицъ, опасныхъ правительству, и для тайнаго наказанія этихъ лицъ. Однако больной не считаетъ себя государственнымъ преступникомъ, а полагаетъ, что „токисты“ приставлены къ нему частью для того, чтобы они могли пріобрѣсти необходимый навыкъ въ своемъ искусствѣ, частью же по злоупотребленію со стороны тѣхъ высокопоставленныхъ лицъ, которымъ нужно, чтобы дѣло его съ заводомъ не двигалось впередъ Больной, по его мнѣнію, постоянно находится подъ вліяніемъ 30 токистовъ, находящихся на разныхъ ступеняхъ служебной іерархіи и раздѣляющихся на нѣсколько поочередно работающихъ смѣнъ. Подвергши больного (еще нѣсколько лѣтъ назадъ) вліянію гальваническаго тока, они привели его въ „токистическую связь“ (нѣчто въ родѣ магнетическаго соотношенія) съ собою и въ такой же связи они состоятъ и между собою во время работы надъ нимъ Въ силу такой связи всѣ мысли и чувства больного передаются изъ его головы въ головы токистовъ эти-же послѣдніе, дѣйствуя по опредѣленной системѣ, могутъ по своему произволу вызывать въ головѣ больного тѣ или другія мысли, чувства и чувственныя представленія, а также разнаго рода ощущенія въ сферѣ осязанія и общаго чувства Кромѣ того эти невидимые преслѣдователи, будучи скрыты по близости отъ больного, доѣзжаютъ послѣдняго между прочимъ и „прямымъ говореніемъ“, причемъ произносимыя ими слова и фразы доносятся прямо, т. е через воздухъ, къ больному и воспринимаются имъ черезъ посредство внѣшнихъ органовъ слуха.

Больной могъ вести свой дневникъ, причемъ записывалъ испытываемыя имъ вліянія. Въ приводимомъ отрывкѣ изъ его дневника попадается много выраженій, характерныхъ для больныхъ данной категоріи. Для лицъ, незнакомыхъ, съ этой своеобразной терминологіей, многія выраженія были бы совершенно непонятны если бы д-ръ Кандинскій не снабдилъ записокъ своими

помѣтками, по которымъ можно узнать, какой категоріи явленія отмѣчаются больнымъ. Помѣтки д-ра Кандинскаго поставлены въ скобкахъ и напечатаны курсивомъ. Вотъ запись больного за одинъ день:

„Всю ночь въ полуснѣ прямое говореніе (*слухов. галлюцинац.*) съ воображеніями (*псевдогаллюцинац. зрѣнія*), добываніе моего говоренія во снѣ (*насильственная иннервація центральнаго аппарата рѣчи, не будучи подавляема полуспящимъ больнымъ въ самомъ дѣлѣ заставляетъ дѣйствовать голосовой аппаратъ: больной, по словамъ его сосѣдей по койкамъ, нерѣдко говоритъ во снѣ*). Разбуженъ приставаніемъ около 3-хъ часовъ; послѣ этого продолженіе приставаній, совмѣстно съ говореніемъ (*разнаго рода псевдогаллюц. вмѣстѣ съ галлюц. слуха*) Изъ столярной особеннымъ токомъ вызвано внутреннее слышаніе (*псевдогаллюц. слуха*), отчего другой токистъ, находящійся подо мною, въ нижнемъ этажѣ, пугается и потомъ, когда третій токистъ присоединяетъ къ сему мышленіе убійства и драки (*насильственное мышленіе*), раздражается на послѣдняго, послѣ чего между ними начинается взаимная руготня: „идіотъ мужикъ и пр (*слухов. галлюц.*)

„Засимъ послѣдовали обращенныя ко мнѣ дерзости, похабщина и пр. при безостановочномъ говореніи (*галлюц.*) изъ-за ограды больницы и при добавленіи такого-же содержанія фразъ отъ токиста и токистки изъ того флигеля, гдѣ живетъ экономъ, съ поползновеніемъ перефразировать раньше случившееся и комическимъ представленіемъ событій „выигралъ сигару". Утромъ подговоры мнѣ матерщины Во время чая – взаимное передергиваніе токистами другъ-друга- ревность изъ-за ходившихъ сюда нѣкоторое время швей (*за швей больной принялъ слушательницъ съ женскихъ медицинскихъ курсовъ, которыя иногда приходили смотрѣть больныхъ*) До обѣда шуточки и остроты (*частью—просто насильственное мышленіе, частью псевдогаллюц. слуха*) того токиста, который убѣжденъ, что приноситъ мнѣ пользу дѣланіемъ веселаго настроенія Во время обѣда—вонь испражненій: это производитъ идіотъ, помѣщенный въ столярной, онъ нюхаетъ въ это время испражненія изъ бутылки или изъ бумажки (*галл. обонянія*) и мышленіе о семъ (*навязчивыя представленія*). Во время занятій нѣмецкимъ языкомъ—съ улицы подшучиваніе (*слухов. галлюц.*), сбиваніе, за что токистъ' наверху—раздраженіе, а токистки изъ флигеля эконома—помоганіе... Далѣе, они стали дѣйствовать чувствами—заискиваніе ихъ и надежды, что упражненія ихъ надо мною скоро вознаградятся, потомъ взаимная ихъ ругня, за которою я мысленно принужденъ былъ слѣдить (*слухов. псевдогалл.*). Вечеромъ, когда я писалъ записку брату, съ просьбою сдѣлать для меня нѣкоторыя покупки, токистъ наверху въ верхнемъ отдѣленіи настаивалъ на табакѣ Лаферма, а токистка изъ флигеля на сигарахъ и на словарѣ Рейфа (*галл слуха*); отъ сего нервный идіотикъ внизу млѣетъ отъ предвидѣнія какой-то ихъ удачи При моемъ занесеніи сего въ тетрадку другой идіотъ оттуда же шепчетъ шутовскимъ тономъ: „вотъ тебѣ и словарь Рейфа" (*слухов. галл.*). Затѣмъ, когда я принялся читать изъ учебника французскаго языка Марго, начались подговоры (*галл слуха*) въ чтеніи—по имѣющемуся у нихъ Марго'—перешедшіе въ задорныя приставанія ко мнѣ съ задорнымъ мышленіемъ (*слухов. галл.*), что „хотя пользы мнѣ въ смыслѣ леченія меня отъ нихъ и нѣтъ, однако они все-таки будутъ продолжать'... Когда я легъ спать, устраивали мнѣ сладострастное мышленіе, причемъ производили передъ моими глазами воображеніе (*псевдогалл. зрѣнія*) женскихъ половыхъ органовъ" и т. д.

Это наблюденіе представляетъ интересъ не только, какъ образецъ много-

образныхъ галлюцинацій и псевдогаллюцинацій, но и какъ характерное изображеніе содержанія мышленія лицъ страдающихъ довольно частою формою хроническаго помѣшательства съ бредомъ преслѣдованія. Тутъ характерна и терминологія, и безпрерывные переходы мыслей, и увѣренное отнесеніе всякихъ ощущеній къ тому, что составляетъ предметъ бреда, и до тонкости опредѣленное представленіе о значеніи и положеніи того или другого лица (дѣйствительнаго или воображаемаго), попавшаго въ бредовую комбинацію, что характеризуетъ такъ называемый систематизированный бредъ, съ которымъ мы познакомимся при изученіи слѣдующей группы элементарныхъ разстройствъ въ области интеллекта.

Я долженъ еще сказать о механизмѣ развитія обмановъ чувствъ. Какъ я говорилъ, всякое мнимоощущеніе происходитъ отъ сочетанія какого-нибудь представленія, хранившагося въ запасѣ и возстановившагося въ сознаніи, съ яркимъ чувственнымъ впечатлѣніемъ. Поэтому для того, чтобы явилась галлюцинація, необходимо, съ одной стороны, чтобы было возбужденіе сенсоріальныхъ центровъ, т.-е. центровъ, въ которыхъ возникаютъ ощущенія, и съ другой — чтобы это ощущеніе сливалось съ какимъ-нибудь представленіемъ, возстановившимся въ сознаніи изъ запаса. Галлюцинаціи суть поэтому явленія сложныя, при которыхъ нужно предполагать существованіе измѣненной дѣятельности *и центровъ ощущеній, и центровъ представленій (идей)*.

Различные изслѣдователи различно опредѣляли то мѣсто въ нервной системѣ, которое наиболѣе тѣсно связано съ появленіемъ галлюцинаціи. Одно время нѣкоторые изслѣдователи смотрѣли на галлюцинаціи, какъ на результатъ болѣзненнаго раздраженія периферическихъ отдѣловъ нервной системы (зрительнаго и слухового нерва, сѣтчатки и пр.). Этотъ взглядъ обосновывался между прочимъ тѣмъ, что, дѣйствительно, на ряду съ галлюцинаціями наблюдаются довольно часто измѣненія въ органахъ чувствъ (катарральное воспаленіе средняго уха, неравномѣрность слуха на обѣихъ сторонахъ, пятна роговицы, скотомы и т. п.). Однако если и можно признать, что *поводомъ* для галлюцинацій въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣйствительно бываютъ раздраженія, имѣющія мѣсто на периферіи, то рѣшительно невозможно объяснить ими одними всего симптомокомплекса галлюцинацій. Сами по себѣ периферическія страданія могутъ дать въ результатѣ такія явленія, какъ шумъ, звонъ, искры, круги въ глазахъ, и т. п., но дать сложный галлюцинаторный образъ можетъ только органъ представленія, т. е. кора полушарій. Такимъ образомъ въ противовѣсъ периферической теоріи происхожденія галлюцинацій явилась теорія, объясняющая галлюцинаціи, какъ результатъ самобытнаго раздраженія центровъ представленій. Это самобытное раздраженіе будто бы проецируется въ органы

чувствъ, вызываетъ въ нихъ раздраженіе, по силѣ соотвѣтствующее тому, которое вызывается вліяніемъ на нихъ дѣйствительныхъ внѣшнихъ предметныхъ впечатлѣній. Этотъ взглядъ подкрѣплялся слѣдующими соображеніями. Во-первыхъ, въ пользу его какъ бы говоритъ законъ, по которому мы относимъ на периферію испытываемыя нами чувственныя раздраженія, хотя бы источникъ ихъ лежалъ близко къ центрамъ (больные съ ампутированными ногами чувствуютъ боль въ пальцахъ, которыхъ у нихъ уже нѣтъ). Во-вторыхъ, этотъ взглядъ поддерживался мнѣніемъ, что каждое наше конкретное представленіе вызываетъ хотя бы слабый *центробѣжный* иннерваціонный процессъ, сопровождающійся слабымъ, но вполнѣ соотвѣтствующимъ ему возбужденіемъ периферическихъ нервныхъ элементовъ въ органахъ чувствъ, т. е. мнѣніемъ, что при каждомъ представленіи о предметѣ мы, хотя и въ минимальной степени, но по настоящему его видимъ или слышимъ, вообще ощущаемъ. Въ пользу этого приводился такой опытъ: если въ теченіе долгаго времени воображать себѣ крестъ синяго цвѣта, а затѣмъ бросить взглядъ на бѣлую бумагу, то можно увидать на ней такой же крестъ, окрашенный въ дополнительный цвѣтъ; это можно толковать, какъ результатъ того, что элементы сѣтчатки отъ долгаго воображенія предмета также утомляются (хотя въ болѣе слабой степени), какъ и отъ настоящаго зрѣнія [1]).

Однако эта теорія чисто центральнаго происхожденія галлюцинацій была вскорѣ замѣнена психо-сенсоріальной, по которой для возникновенія галлюцинацій нужно сочетаніе разстройства функціи и центровъ идеи, и сенсоріальнаго аппарата. Дѣйствительно присутствіе при галлюцинаціяхъ истиннаго *ощущенія*, а не только памяти о немъ, требуетъ признанія, что *сенсоріальный аппаратъ не можетъ не принимать въ нихъ участія*, тѣмъ болѣе, что какъ бы ни было сильно воображеніе человѣка, все-таки никогда оно не даетъ рельнаго интенсивнаго ощущенія, хоть сколько нибудь похожаго на то, какое бываетъ при галлюцинаціяхъ. Но съ другой стороны *нельзя обойтись и безъ признанія* необходимости *разстройства чисто психическаго аппарата* при галлюцинаціяхъ. Такъ, всегда при нихъ бываетъ неправильное сочетаніе представленій, какъ между собою, такъ и съ ощущеніями, придающее галлюцинаціямъ ихъ своеобразный характеръ.

Признавая психо-сенсоріальную теорію происхожденія галлюцинацій, различные авторы локализировали процессы, способные вызвать

[1]) Не играетъ ли въ этомъ какую нибудь роль распространеніе возбужденія по тѣмъ центробѣжнымъ волокнамъ, которые существуютъ въ органахъ чувствъ среди центростремительныхъ? Эту мысль высказывалъ С. А. Сухановъ

галлюцинаціи въ различныхъ отдѣлахъ мозга. Одни придавали наиболѣе существенное значеніе подкорковымъ центрамъ, другіе клѣткамъ коры. Среди многочисленныхъ взглядовъ мы остановимся лишь на воззрѣніяхъ Мейнерта и Тамбурини.

По взгляду Мейнерта для развитія галлюцинацій необходимо самобытное, безпредметное *возбужденіе нервныхъ клѣтокъ въ субкортикальныхъ центрахъ*, т. е. въ клѣткахъ лежащихъ ближе къ основанію мозга—въ четверохолміи, зрительномъ бугрѣ и пр. При обычныхъ условіяхъ эти самобытныя возбужденія подавляются, по мнѣнію Мейнерта, дѣятельностью элементовъ мозговой коры, и потому мы ощущеній не испытываемъ; но если почему-нибудь *дѣятельность мозговой коры будетъ ослаблена*, то ея подавляющее вліяніе будетъ ничтожно, и тогда подкорковые центры будутъ посылать къ ней сенсоріальныя возбужденія, которыя и будутъ являться въ сознаніи, какъ галлюцинаціи. Такимъ образомъ по взгляду Мейнерта галлюцинаціи обусловливаются возбужденнымъ состояніемъ подкорковыхъ центровъ при ослабленіи дѣятельности мозговой коры. Свое мнѣніе Мейнертъ подтверждаетъ тѣмъ, что галлюцинаціи часто являются передъ сномъ и при состояніяхъ истощенія мозга.

По взгляду итальянскаго ученаго Тамбурини,—наиболѣе распространенному въ настоящее время, галлюцинаціи обязаны происхожденіемъ самобытному возбужденію не подкорковыхъ центровъ, а центровъ коры, именно тѣхъ клѣтокъ ея, которыя составляютъ окончаніе чувствующихъ проводниковъ и которыя связаны ассоціаціонными волокнами съ центрами представленій.

Но какого бы взгляда ни держаться, ясно, что для появленія галлюцинацій необходимо нѣкоторое разстройство какъ въ аппаратѣ чисто-интеллектуальной дѣятельности, такъ и въ аппаратѣ сенсоріальномъ—все равно—локализировать ли возбужденіе, обусловливающее галлюцинаціи, въ чувствующихъ элементахъ коры или въ подкорковыхъ центрахъ. Поводомъ же къ возбужденному состоянію этихъ отдѣловъ могутъ служить самыя разнообразныя измѣненія въ различныхъ частяхъ психо-сенсоріальнаго аппарата. Такъ, поводомъ могутъ быть измѣненія въ самихъ корковыхъ центрахъ, воспринимающихъ ощущенія, наприм.,—приливъ къ нимъ крови неправильнаго состава, измѣненія въ сосудахъ, затрудняющія кровеобращеніе, разстройство лимфообращенія и проч. (центральныя корковыя галлюцинаціи); поводомъ могутъ служить и измѣненія проводящихъ ощущенія периферическихъ нервовъ и также периферическихъ аппаратовъ органовъ чувствъ (периферическія галлюцинаціи). Такъ, иногда

можно вызвать слуховыя галлюцинаціи, раздражая органъ слуха электричествомъ. Очень нерѣдко мы замѣчаемъ галлюцинаціи слуха у людей, страдающихъ отитами, шумомъ въ ушахъ, или зрительныя галлюцинаціи у людей, имѣющихъ пятна на роговой оболочкѣ, у страдающихъ атрофіею зрительныхъ нервовъ. Нерѣдки галлюцинаціи зрѣнія у душевнобольныхъ слѣпыхъ и галлюцинаціи слуха у глухихъ (но только не отъ рожденія). Иногда у лицъ, имѣющихъ галлюцинаціи слуха, можно констатировать гиперестезію слуха и измѣненіе реакціи на электрическое раздраженіе при отсутствіи какихъ-нибудь внѣшнихъ признаковъ страданія уха. Точно также нерѣдко галлюцинаціи обонянія и вкуса обусловливаются нечистотою рта и носа, насморкомъ и стоматитомъ. Иной разъ галлюцинаціи зрѣнія и слуха вызываются зубною болью, вслѣдствіе иррадіаціи возбужденія. У алкоголиковъ, при такъ называемомъ запойномъ бредѣ, можно, надавливая на глазныя яблоки, вызывать зрительныя галлюцинаціи даже тогда, когда самобытныя галлюцинаціи, очень обильныя при этой болѣзни, исчезаютъ (Липманъ).

Все это указываетъ на то, что въ происхожденіи мнимоощущеній имѣетъ большое значеніе состояніе чувствующаго аппарата, и потому необходимо у каждаго галлюцинанта обстоятельно изслѣдовать состояніе органовъ чувствъ и степень чувствительности, отыскивать поводы къ раздраженію чувствующихъ нервовъ и, если возможно, ихъ устранять.

II. Качественныя разстройства идей.

а) Несоразмѣрныя (по напряженности) идеи.—Навязчивыя идеи

Къ качественнымъ разстройствамъ въ интеллектуальной сферѣ относится явленіе, наблюдаемое довольно часто и извѣстное подъ названіемъ навязчивыхъ идей (Zwangsvorstellungen, Obsessions mentales)

Такъ называются такія идеи, которыя неотвязно *преслѣдуютъ сознаніе*, не выходятъ изъ него, нерѣдко *вопреки волѣ самого больного.* Больной часто самъ сознаетъ болѣзненность этой идеи, но не можетъ отъ нея отдѣлаться. Дать понятіе о томъ, что такое навязчивая или насильственная идея, можетъ знакомый каждому фактъ, что, когда его что нибудь заботитъ, то заботящая мысль не выходитъ изъ сознанія, несмотря на всѣ старанія.

При болѣзненныхъ навязчивыхъ идеяхъ явленія бываютъ несравненно рѣзче, и обыкновенно заботящія больного идеи бываютъ по существу крайне мелочны, но поражаютъ несоразмѣрностью того вліянія, которое онѣ имѣютъ на все существо больного, волненіемъ, которое

онѣ вызываютъ, значительностью той силы, съ которой онѣ, такъ сказать, „обладаютъ“ всей его личностью. Я зналъ, напр., больную, которая страдала неотвязно преслѣдовавшей ее мыслью, что она можетъ уколоться булавкой. Эта мысль такъ овладѣла ею, что больная почти ни о чемъ не могла думать, какъ только о томъ, нѣтъ ли у нея въ платьѣ булавки: съ утра она самымъ тщательнымъ образомъ разбирала по складкамъ отдѣльныя вещи своего туалета, постоянно возвращаясь къ только что разсмотрѣннымъ; ей все думалось, что она недостаточно внимательно просмотрѣла, и эта мысль безпрестанно волновала ее. Такъ проходило нѣсколько часовъ. Когда ей приносили кушанье, она тоже старательно изслѣдовала, нѣтъ ли тамъ булавки. Она почти никого не касалась изъ боязни, что съ пришедшаго упадетъ на нее булавка. Послѣ всякаго движенія требовался аккуратный и продолжительный осмотръ. Прежде чѣмъ заснуть, больная нѣсколько часовъ проводила, разсматривая всѣ мельчайшіе уголки своей постели. Если она не осмотритъ того, что считала нужнымъ, у нея наступало такое тягостное душевное состояніе, точно больная не исполнила какой-нибудь самой священной обязанности, точно совершила преступленіе, или точно отъ ея упущенія произойдетъ ужасное несчастіе.

Знакомство врачей съ тѣмъ явленіемъ, которое называется навязчивыми идеями, началось давно, но было довольно неопредѣленное; лишь въ послѣдніе 50 лѣтъ знанія наши въ этомъ отношеніи начали расширяться. Болѣе обстоятельное изученіе явленій, сюда относящихся, началось съ того времени, когда знаменитый французскій психіатръ Морель описалъ ихъ подъ именемъ délire émotif, и еще болѣе съ того времени, какъ нѣмецкіе психіатры Гризингеръ, Вестфаль и Крафтъ-Эбингъ сдѣлали вполнѣ опредѣленную ихъ характеристику. Названіе навязчивыя идеи—„Zwangsvorstellungen“ предложено Крафтъ-Эбингомъ въ 1867-мъ году и принято большинствомъ нѣмецкихъ и русскихъ авторовъ. Французскіе писатели называютъ относящіяся сюда явленія obsessions morbides, idées fixes. Послѣднимъ терминомъ обозначаютъ впрочемъ не только простую навязчивую идею, но и внѣдряющуюся въ сознаніе бредовую идею (о различіи между бредовою и навязчивою идеею будетъ сказано ниже).

Собственно говоря, навязчивыя идеи не относятся исключительно къ разстройствамъ одной интеллектуальной сферы. Несомнѣнно, что въ значительной степени при навязчивыхъ идеяхъ страдаетъ эмоціональная сфера, такъ какъ навязывающіяся идеи вызываютъ чрезвычайное волненіе,—и воля, особенно та функція воли, которая выражается въ актѣ вниманія: при навязчивыхъ идеяхъ дѣятельность активнаго вни-

манія не въ состояніи удалить изъ сознанія тѣ репродукціи, которыя нежелательны; напротивъ, онѣ съ напряженностью возникаютъ въ сознаніи. Слѣдовательно, разстройство въ функціи вниманія при „навязчивыхъ идеяхъ“ всегда существуетъ, и потому ихъ можно причислять и къ элементарнымъ разстройствамъ въ сферѣ воли. Но въ то же время навязчивыя идеи относятся и къ разстройствамъ въ сферѣ интеллекта, такъ какъ обусловливаются тѣмъ, что нѣкоторыя идеи имѣютъ стремительную наклонность являться въ сознаніи совмѣстно и *постоянно переходить порогъ сознательности*, привлекая къ себѣ вниманіе и давая направленіе мыслямъ и чувствамъ. Если это свойство обусловливается *болѣзненными причинами*, то и будетъ патологическая навязчивость тѣхъ или другихъ идей, или тѣхъ или другихъ сочетаній. Съ такою навязчивостью нѣкоторыхъ идей и сочетаній мы встрѣчаемся у душевно-больныхъ очень часто. Такъ, при меланхоліи бываетъ, что какая-нибудь тревожная, мрачная идея, наприм., воспоминаніе о какомъ-нибудь своемъ проступкѣ, — неотступно преслѣдуетъ сознаніе. Навязчивость бываетъ вообще часто при неврастеніи и ипохондріи, когда какое-нибудь болѣзненное ощущеніе, наприм., боль въ сторонѣ сердца, вызываетъ неотвязную мысль о возможности умереть отъ разрыва сердца. Въ большинствѣ случаевъ такого рода навязчивость идей является только, какъ одинъ изъ симптомовъ среди многихъ другихъ, иногда гораздо болѣе важныхъ. Но бываютъ случаи, гдѣ навязчивыя идеи развиваются, какъ самостоятельное явленіе, выступающее на первый планъ. Это бываетъ особенно часто у лицъ съ наслѣдственнымъ расположеніемъ къ психическимъ заболѣваніямъ, у такъ-назыв., дегенерантовъ. Форма, въ которой появляются такого рода навязчивыя мысли, различна. Такъ, иногда онѣ являются въ формѣ такъ называемаго болѣзненнаго мудрствованія. Въ такихъ случаяхъ чаще всего больному приходится разрѣшать цѣлую вереницу вопросовъ, совершенно ненужныхъ. Такъ наприм., больной идетъ по улицѣ и долженъ разрѣшить вопросъ: „почему онъ идетъ, отчего онъ не падаетъ, что онъ сдѣлалъ бы, еслибы рядомъ съ нимъ кто-либо упалъ, кто бы это могъ упасть—молодой или старый?“ и т. п. Понятное дѣло, что такіе вопросы, часто неразрѣшимые, но тѣмъ не менѣе неотступно преслѣдующіе, ставятъ больного въ крайне мучительное положеніе.

Я приводилъ уже примѣры „болѣзненнаго мудрствованія“ (см. стр. 130). Здѣсь я дополню число ихъ еще однимъ случаемъ, описываемымъ французскимъ психіатромъ Legrand du Saulle'емъ въ его сочиненіи „La folie du doute“ (avec le délire du toucher). (Paris, 1875).

„Дѣвица 24 лѣтъ извѣстная артистка, музыкантша, интеллигентная,

живая, очень пунктуальная, пользуется прекрасной репутацией. Когда она находится на улицѣ, ее преслѣдуютъ такого рода мысли: „не упадетъ-ли кто-нибудь изъ окошка къ моимъ ногамъ? Будетъ ли это мужчина или женщина? Не повредитъ ли себѣ этотъ человѣкъ, не убьется ли до смерти? Если ушибется, то ушибется ли головою или ногами? Будетъ ли кровь на тротуарѣ? Если онъ сразу убьется до смерти, какъ я это узнаю? Должна ли я буду позвать на помощь или бѣжать, или прочесть „Отче нашъ“, или „Богородице, дѣво радуйся“? Не обвинятъ ли меня въ этомъ несчастіи, не покинутъ ли меня мои ученицы? Можно ли будетъ доказать мою невиновность?“. Всѣ эти мысли толпою овладѣваютъ ея умомъ и сильно волнуютъ ее. Она чувствуетъ, что дрожитъ. Ей хотѣлось бы, чтобы кто-нибудь успокоилъ ее ободряющимъ словомъ; но „пока никто еще не подозрѣваетъ, что происходитъ въ ней“.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти вопросы или сомнѣнія касаются какихъ-нибудь весьма ничтожныхъ явленій Такъ, французскій психіатръ Бальярже разсказываетъ объ одномъ больномъ, у котораго развилась потребность разспрашивать о разныхъ подробностяхъ, касающихся *красивыхъ* женщинъ, съ которыми онъ встрѣчался. Эта потребность являлась, всегда когда больной видѣлъ гдѣ бы то ни было красивую даму, и не поступить согласно потребности ему было невозможно, а съ другой стороны это было соединено, понятно, съ массой затрудненій. Мало-по-малу положеніе его стало на столько тяжелымъ, что онъ не могъ спокойно сдѣлать нѣсколько шаговъ по улицѣ. Тогда онъ придумалъ такой способъ: онъ сталъ ходить съ закрытыми глазами, а его водилъ провожатый. Если больной услышитъ шорохъ женскаго платья, онъ сейчасъ спрашиваетъ, красива ли встрѣтившая особа или нѣтъ? Только получивъ отъ провожатаго отвѣтъ, что встрѣчная некрасива, больной могъ быть спокоенъ. Такъ дѣло шло довольно хорошо. Но однажды ночью онъ ѣхалъ по желѣзной дорогѣ, вдругъ ему вспомнилось, что будучи на вокзалѣ, онъ не узналъ, красива ли особа, продававшая билеты. Тогда онъ будитъ своего спутника, спрашиваетъ, хороша она или нѣтъ? Тотъ, едва проснувшись, не могъ сразу сообразить и сказалъ: „не помню“. Этого было достаточно, чтобы больной взволновался настолько, что нужно было послать довѣренное лицо назадъ узнать, какова была наружность продавщицы, и больной только тогда успокоился, когда ему сообщили, что она некрасива.

Въ такомъ же мучительномъ и странномъ состояніи бываютъ люди, имѣющіе навязчивыя мысли о какихъ-нибудь числахъ (аритмоманія) или потребность припомнить имена (ономатоманія). Я зналъ одного адвоката, который не могъ ѣздить по улицамъ, не производя счета

оконъ въ домахъ, бывшихъ по сторонамъ. Если онъ пропускалъ и сбивался со счету, онъ долженъ былъ ворочаться назадъ. Онъ же иногда среди ночи долженъ былъ разыскивать въ старыхъ газетахъ имя лошади, которая выиграла за нѣсколько лѣтъ какой-нибудь призъ—такъ сильна была у него навязчивая мысль, связанная съ припоминаніемъ именъ. Онъ, конечно, понималъ, что ему нѣтъ никакой надобности знать имя этой лошади, но мысль не давала ему покоя, пока онъ не находилъ искомое имя.

Въ другихъ случаяхъ навязчивыя мысли сочетаются съ какимъ-нибудь тревожащимъ больного предположеніемъ. Такъ иногда у больного существуетъ болѣзненная брезгливость, обусловленная различными, большею частью крайне неосновательными, соображеніями. Я зналъ больную, которая, услыхавъ, что среди служащихъ въ конторѣ ея мужа былъ одинъ сифилитикъ, стала бояться заразиться сифилисомъ черезъ прикосновеніе къ предметамъ, за которые могъ браться человѣкъ, страдающій этой болѣзнью. Мало-по-малу ей стало думаться, что человѣкъ страдающій сифилисомъ, могъ оставить заразу на ея стульяхъ, на ея платьѣ и пр. И вотъ у нея развилась непреодолимая боязнь дотрогиваться до предметовъ: только что она до чего-нибудь дотронется, она должна бѣжать къ умывальнику и мыть руки. Такое мытье рукъ происходило почти безпрерывно. Больная, наконецъ, не могла оставаться въ домѣ мужа, переѣхала въ другой домъ, но и тамъ продолжалось все тоже. И лишь черезъ нѣсколько мѣсяцевъ наступило небольшое улучшеніе и больная могла ограничиваться 20-ю разами умыванія рукъ въ день, чтобы быть относительно спокойной.

Иногда болѣзненная брезгливость соединена съ предположеніемъ какой-то нечистоты, поганости, и больной начинаетъ бояться дотрогиваться до всего, чтобы не опоганить себя; почти всегда для того, чтобы очистить себя отъ нечистоты, больной считаетъ нужнымъ мыть руки и моетъ ихъ послѣ каждаго прикосновенія. Такимъ образомъ нѣкоторые больные моютъ руки на дню нѣсколько десятковъ или даже болѣе сотни разъ до того, что у нихъ руки становятся похожи на руки прачекъ. Боязнь прикосновенія, подобная только что описанной, бываетъ и при предположеніи, что предметъ до котораго дотрогиваются, можетъ уколоть больной, хотя и видитъ очень ясно, что предметъ не уколетъ, но тревожащее его предположеніе сильнѣе его критики, и онъ не можетъ ему противостоять. И это бываетъ иной разъ у людей вполнѣ разумныхъ, иной разъ поражающихъ остротой и глубиной своего ума, замѣчательныхъ ученыхъ и мыслителей.

Иногда навязчивыя мысли являются въ видѣ, такъ называемыхъ,

хульныхъ мыслей. Больной, наприм., хочетъ молиться, а въ это время у него въ сознаніе постоянно входитъ мысль о чемъ-нибудь неприличномъ, циничномъ. Само собою разумѣется, это крайне мучительно для больного и заставляетъ его съ особеннымъ тщаніемъ сосредоточивать свое вниманіе на молитвѣ; но, большею частью, чѣмъ старательнѣе онъ думаетъ объ удаленіи хульныхъ мыслей, тѣмъ онѣ сильнѣе.

Иногда при навязчивыхъ мысляхъ особенно рѣзко выступаетъ мучительная увѣренность, что случится что-нибудь страшное, если больной сдѣлаетъ тотъ или другой поступокъ. Это бываетъ въ различнаго рода разстройствахъ, извѣстныхъ подъ именемъ „патологическаго страха“, „фобіяхъ“ разнаго рода, наприм., при боязни пространства (agoraphobia) При этой послѣдней болѣзни больной не можетъ ходить по открытымъ мѣстамъ, наприм., на площади. Едва дойдетъ онъ до площади, какъ его охватываетъ необыкновенный страхъ,—такое ощущеніе, что если онъ сейчасъ сдѣлаетъ хоть шагъ, то упадетъ или съ нимъ сдѣлается припадокъ; между тѣмъ простой мальчикъ можетъ при этомъ ему помочь, взявши его за руку: тогда онъ пойдетъ безъ страха. Такого же рода боязнь существуетъ и относительно толпы, относительно стоянія на амвонѣ въ церкви, особенно у церковнослужителей и т. п.

Иногда боязнь обусловливается увѣренностью, что больной, находясь въ обществѣ, чрезвычайно сконфузится и покраснѣетъ (эритрофобія) или, будучи въ обществѣ, онъ не удержится и выпуститъ мочу или испражненія. И нужно прибавить, что нерѣдко рефлекторно дѣйствительно является при этомъ и покраснѣніе, и неудержимый позывъ на мочу, и на испражненія.

Различнаго рода навязчивыхъ идей и фобій встрѣчается чрезвычайно много и нѣтъ возможности перечислить всѣ ихъ виды: каждый день можно встрѣтить какую-нибудь новую форму. Слѣдуетъ прибавить, что нерѣдко онѣ бываютъ у лицъ, которыя кромѣ этихъ явленій не представляютъ другихъ рѣзкихъ признаковъ душевнаго разстройства—развѣ только общія явленія недостаточной уравновѣшенности. Мы еще будемъ говорить объ этомъ въ частной психіатріи, когда будетъ рѣчь о спеціальномъ психозѣ, проявляющемся въ навязчивыхъ идеяхъ.

Навязчивыя идеи не нужно смѣшивать съ бредовыми идеями, о которыхъ мы будемъ сейчасъ говорить. Главное различіе между ними заключается въ томъ, что при навязчивой идеѣ больной часто очень хорошо *сознаетъ, что то, что его тревожитъ, что* навязывается его сознанію—*нелѣпо, но не можетъ отдѣлаться отъ мысли объ этой нелѣпости и отъ связанной съ ней тревоги. При бредовой или ложной идеѣ, наоборотъ, больной убѣжденъ въ вѣрности своей идеи.* Въ рѣд-

кихъ случаяхъ навязчивыя идеи переходятъ въ бредовыя, но обыкновенно онѣ въ нихъ не переходятъ. Иногда (правда, тоже довольно рѣдко) навязчивыя идеи осложняются псевдогаллюцинаціями и настоящими галлюцинаціями, а затѣмъ и бредомъ.

Очень часто вмѣстѣ съ навязчивыми идеями бываютъ и насильственныя влеченія. Но о нихъ мы будемъ говорить, когда будемъ разсматривать разстройства въ волевой сферѣ.

б) **Ложныя (бредовыя) идеи** [1]).

Кромѣ галлюцинацій и навязчивыхъ идей разстройство въ содержаніи интеллектуальной дѣятельности проявляется еще въ образованіи такъ называемыхъ *ложныхъ идей* (или *бредовыхъ идей*, или *нелѣпыхъ идей)*.

Подъ вліяніемъ душевной болѣзни человѣкъ часто представляетъ явленіе внѣшняго міра извращенно, неправильно. Въ такомъ случаѣ у него являются выводы, образовавшіеся не на основаніи здраваго сужденія, а на основаніи болѣзненнаго. Идеи, соотвѣтствующія болѣзненно ложнымъ выводамъ и называются ***болѣзненными ложными идеями или бредовыми идеями.*** Иногда онѣ абсурдны абсолютно, напр., когда человѣкъ воображаетъ себя Богомъ, Александромъ Македонскимъ, или абсурдны для даннаго больного, наприм., когда бѣднякъ считаетъ себя богачомъ; но иногда онѣ сами по себѣ не абсурдны и могутъ быть похожи на заблужденія, свойственныя и нормальнымъ людямъ. Однако почти всегда можно бредовыя идеи отличить отъ этихъ заблужденій, разъясняя себѣ условія ихъ развитія: всегда оказывается, что въ основѣ бредовыхъ идей лежитъ патологическая связь между сужденіями, обусловленная болѣзненно напряженнымъ стремленіемъ къ сочетанію между собою такихъ мыслей, которыя въ нормальномъ состояніи не должны бы тѣсно сливаться. Благодаря напряженности болѣзненнаго сочетанія мыслей больного, бредовыя идеи и пріобрѣтаютъ значеніе непреложныхъ истинъ, тѣмъ болѣе имѣющихъ значеніе для всего содержанія познавательной сферы больного, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ можно доказать при этомъ наличность ослабленія критики, иногда впрочемъ касающейся лишь небольшой группы идей.

Ложныя или бредовыя идеи бываютъ весьма различны по своему содержанію и въ зависимости отъ содержанія онѣ носятъ и

---

[1]) Справочныя книги: Friedmann, Über den Wahn Wiesbaden. 1894 Статья „Бредъ" въ Реальной Энциклопедіи Eulenburg'a и Аѳанасьева.

различныя названія. Такъ есть ложныя *идеи преслѣдованія*, когда больному кажется, что у него есть враги, которые его преслѣдуютъ, есть *идеи самообвиненія*, когда больной воображаетъ себя виноватымъ въ томъ, въ чемъ онъ не виноватъ, есть *идеи величія*, когда больной считаетъ себя выше или богаче того, что онъ въ дѣйствительности и т. п. Хотя различіе бредовыхъ идей по содержанію и чрезвычайно большое у отдѣльныхъ больныхъ, но все-таки есть нѣкоторыя главныя категоріи ихъ, которыя встрѣчаются особенно часто. Эти главныя категоріи таковы:

1. Идеи довольства, величія, богатства. Онѣ выражаются въ томъ, что больной переоцѣниваетъ свое значеніе, переоцѣниваетъ отношеніе къ себѣ другихъ лицъ, считаетъ, что его всѣ уважаютъ, восхваляютъ; женщины влюбляются въ него, готовы выйти замужъ; или что онъ знатенъ, необыкновенно ученъ, обладаетъ могуществомъ, потомокъ царскаго рода, полководецъ, онъ святой, Богъ, выше Бога; онъ богатъ, обладаетъ несмѣтными средствами, у него много милліоновъ, горы бриллiантовъ, онъ можетъ въ минуту облетѣть міръ, быть на лунѣ, на небѣ и пр.

2. Идеи самоуниженія, отчаянія, раззоренія, самообвиненія и идеи отрицанія. При этомъ больной считаетъ себя неспособнымъ, глупымъ, низкимъ, гадкимъ, такимъ, отъ котораго всѣ должны отвернуться съ ужасомъ, котораго всѣ справедливо презираютъ; онъ никогда не сдѣлается лучше, онъ неисправимъ, Богъ отказался отъ него, онъ хуже собаки; ему ничего не остается дѣлать, какъ умереть, да и за гробомъ его ждутъ адскія мученія. Или больной считаетъ, что онъ обѣднѣлъ, что онъ лишился послѣднихъ средствъ, онъ раззорилъ себя, дѣтей: и онъ, и они умрутъ съ голоду, его за это подвергнутъ наказанію, возьмутъ въ тюрьму, казнятъ. Онъ величайшій преступникъ, величайшій грѣшникъ, антихристъ, хуже дьявола, хуже антихриста. Иногда къ этому присоединяются идеи отрицанія: теперь ужъ все погибло, ничего нѣтъ, больной будто бы столько нагрѣшилъ, что весь міръ погибъ; его самого нѣтъ, людей нѣтъ, міра нѣтъ, Бога нѣтъ; онъ, больной, причина всеобщаго уничтоженія.

3. Идеи преслѣдованія. Больной считаетъ что онъ жертва преслѣдованія какой-то шайки, партіи анархистовъ или какого-нибудь опредѣленнаго лица. Его хотятъ очернить, обезславить, про него распускаются клеветы, ему дѣлаютъ оскорбительные намеки, его хотятъ уничтожить, отравить, убить, на него дѣйствуютъ какими-то особыми аппаратами, черезъ телефоны узнаютъ его мысли; его отравляютъ, насилуютъ по ночамъ, безчестятъ его жену и дѣтей. Отчасти къ идеямъ преслѣдованія относятся и идеи ограбленія.

4. Идеи ипохондрическія. Больные при этомъ считаютъ себя страдающими какими-нибудь большею частью страшными болѣзнями, иногда даже думаютъ, что у нихъ произошли такія измѣненія, какихъ ни у кого до сихъ поръ не бывало. Одни думаютъ, что у нихъ неизлѣчимый ракъ, чахотка, порокъ сердца, сифилисъ, чувствуютъ, какъ у нихъ проваливается носъ, сжимается голова, кости ссыхаются, спинной мозгъ пропалъ, мочевой пузырь вышелъ черезъ мочеиспускательный каналъ, желудка нѣтъ, кишекъ нѣтъ. Нѣкоторыя доходятъ до того, что считаютъ, что всѣ они уменьшились до крайности, они сдѣлались маленькими, съ булавочную головку (такъ наз. микроманическій бредъ).

5. Идеи мистическія, религіозныя, демономаническія (вліяніе демоновъ) и зависимости отъ какой-нибудь таинственной силы.

Больные считаютъ себя или осѣненными особою благостью, въ какой-то близости съ Божествомъ, съ Божьей Матерью, святыми; женщины считаютъ себя иногда Богородицей, невѣстои Христовой, мужчины — мессіей, пророками, преемниками апостоловъ Иногда больные, наоборотъ, считаютъ себя окруженными демонами, искушаемыми ими; дьяволъ хочетъ владычествовать надъ нимъ, дьяволъ уже вселился въ него, онъ чувствуетъ его въ своей груди, въ животѣ; дьяволъ имѣетъ съ нимъ половыя сношенія („инкубы“ среднихъ вѣковъ). Нѣкоторые больные считаютъ себя жертвою колдовства, вліянія какой-то таинственной силы, гипнотическаго вліянія.

6. Идеи собственной метаморфозы.—Онѣ заключаются въ представленіи собственной перемѣны; нѣкоторые считаютъ себя совершенно превращенными въ какое-то животное, чувствуютъ какъ тѣло ихъ обросло шерстью, или они духи безтѣлесные; другіе считаютъ, что у нихъ измѣнена какая нибудь часть тѣла, ноги деревянныя и пр. Сюда же относятся идеи, что, напр., въ животѣ находятся пауки, змѣи.

7. Идеи эротическія.—При этомъ существуетъ ложное представленіе о томъ, что кто-либо влюбленъ въ больного, желаетъ выйти за него замужъ, или желаетъ его насиловать; къ нему ночью приходятъ, дѣлаютъ съ нимъ всякія мерзости. Иногда больные сами считаютъ себя влюбленными и ложно видятъ очевидныя признаки сочувствія со стороны предметовъ обожанія. Сюда же часто (хотя не всегда) относятся и идеи ревности, идеи супружеской невѣрности.

Эти идеи могутъ не измѣняться у одного и того же больного; тогда онѣ называются стойкими идеями, иногда же онѣ могутъ мѣняться.

Происхожденіе ложныхъ идеи различно. а) Такъ, нерѣдко ложныя идеи являются результатомъ сознательнаго, хотя и обусловленнаго болѣзненнымъ направленіемъ сочетанія мыслей вывода изъ невѣрныхъ

посылокъ; больной, наприм., испытываетъ ненормальность своего состоянія и, стараясь объяснить его себѣ, дѣлаетъ неправильный выводъ о причинѣ. Положимъ, больной чувствуетъ боль въ животѣ и говоритъ, что это не можетъ быть что-нибудь иное, какъ ракъ. Тутъ произошло одностороннее объясненіе болѣзненнаго ощущенія. Или больной при меланхоліи испытываетъ тоску, ему вездѣ нехорошо, и вотъ, объясняя себѣ свое состояніе, сопоставляя, что такое же чувство бываетъ, если человѣка упрекаетъ совѣсть за совершенное злодѣяніе, онъ говоритъ, что тоскуетъ оттого, что онъ ужасный человѣкъ, совершилъ преступленіе, всѣ отъ него отворачиваются, какъ отъ злодѣя. Неправильное толкованіе своего состоянія есть первый путь для образованія ложныхъ идей.

б) Второй путь—это обманы чувствъ. Если подъ вліяніемъ галлюцинацій и иллюзій человѣкъ видитъ и слышитъ то, чего нѣтъ на самомъ дѣлѣ, то естественно, въ его сознаніи возникаетъ неправильное представленіе о людяхъ и мірѣ. Наприм., больной слышитъ за стѣной постоянные разговоры,—естественно, что онъ выводитъ заключеніе, что за стѣной сидятъ какіе-то люди и о чемъ-то бесѣдуютъ. Галлюцинаціи даютъ чуть ли не самый обильный матеріалъ для ложныхъ идей, и нужно замѣтить, что такимъ матеріаломъ служатъ не только галлюцинаціи въ области высшихъ органовъ чувствъ, но и низшихъ: такъ, галлюцинаціи обонянія (запахъ трупа) часто производятъ бредовую идею о томъ, что больной находится среди покойниковъ; галлюцинаціи мускульнаго и общаго чувства,—что больной находится въ подчиненіи какой-то таинственной силѣ—гипнотизму, магнетизму, спиритизму, колдовству. Бредъ, развившійся изъ галлюцинацій, называется сенсоріальнымъ. (чувственнымъ). Нѣтъ никакого сомнѣнія однако, что галлюцинаціи даютъ основаніе бреду только тогда, когда одновременно съ этимъ существуетъ болѣзненное разстройство въ сочетаніи идей, лежащее въ основѣ того, что ложныя воспріятія не только не исправляются критикой, но даже подготовляются господствующимъ содержаніемъ сознанія.

в) Третій источникъ бредовыхъ идей составляютъ какія-нибудь измѣненія физической чувствительности,—гиперестезіи, парестезіи, анестезіи и вообще болевыя ощущенія въ организмѣ: такъ, наприм., у больного существуетъ болевое ощущеніе въ межреберныхъ нервахъ, а въ сознаніи больного это ощущеніе сочетается съ представленіемъ о дьяволѣ, сидящемъ въ его груди. Такое происхожденіе бреда называется аллегоризаціей болевыхъ ощущеній. Такую же роль могутъ играть парестезіи, измѣненія въ мускульной чувствитель-

ности и вообще различныя аномаліи чувствительности въ происхожденіи различныхъ бредовыхъ идей превращенія. Такъ, Эскироль разсказываетъ о больной, считавшей, что тѣло ея унесено дьяволомъ: кожа ея была совершенно нечувствительна.

г) Бредовыя идеи могутъ быть совершенно самостоятельны, первичны исключительно вслѣдствіе первичнаго разстройства въ сочетаніи представленій, благопріятствующаго ненормальнымъ сочетаніямъ идей и ложнымъ выводамъ. Въ такомъ случаѣ онѣ иногда являются въ сознаніи какъ какія-то открытія, вдохновенія, догадки. Сюда, наприм., относятся такого рода явленія, когда больной все совершающееся вокругъ него относитъ къ себѣ, во всемъ видитъ „особое значеніе“, все символизируетъ. Большею частью это суть первичныя ошибки сужденія.

д) Пятый источникъ бредовыхъ идей есть болѣе или менѣе значительная умственная слабость или безсвязность сочетанія представленій, выпаденіе цѣлыхъ звеньевъ въ ассоціаціонной цѣпи, вслѣдствіе чего становятся возможны самые абсурдные выводы, какъ это бываетъ во время сновидѣній.

е) Шестой источникъ бредовыхъ идей составляетъ ускоренное теченіе представленій, дѣлающее мысль поверхностной и уменьшающее критическую оцѣнку, вслѣдствіе чего случайныя сочетанія представленій воспринимаются какъ правильныя сужденія.

ж) Седьмой источникъ образованія бредовыхъ идей составляютъ обманы воспоминаній. Какъ я уже говорилъ, часто у больныхъ воспоминанія бываютъ ошибочны, но больной, не сознавая этой ошибки, вѣритъ, что то, что онъ вспоминаетъ, было въ дѣйствительности, и такимъ образомъ создаетъ нелѣпыя идеи. Такимъ образомъ больные иногда считаютъ, что они уже бывали въ этой обстановкѣ, видѣли людей, съ которыми они встрѣчаются въ первый разъ; говорятъ о небывалыхъ поѣздкахъ, путешествіяхъ и пр. Одинъ изъ моихъ больныхъ, разумный и сознательный, послѣ выздоровленія отъ тифа, подъ вліяніемъ ошибки воспоминанія, мучился мыслью, что онъ кого-то долженъ былъ похоронить и не исполнилъ этой обязанности; никакія убѣжденія родныхъ не могли его разувѣрить; у другой больной тоже послѣ тифа воспоминанія старинныхъ разсказовъ мужа объ увлеченіяхъ своего пріятеля, преобразовались въ представленія объ увлеченіяхъ самого мужа и давали поводъ проявленіямъ неосновательной, но очень мучительной ревности.

з) Восьмой источникъ бредовыхъ идей есть усиленное фантазированіе. Иногда больной въ началѣ фантазированія еще отдаетъ отчетъ, что то, что онъ говоритъ только плодъ его мечтаній; но потомъ со-

знаніе этого исчезаетъ, и онъ настолько увлекается своими мечтами, что теряетъ различие между дѣйствительностью и фантазіей.

и) Девятый источникъ бредовыхъ идей составляютъ впечатлѣнія, которыя больной имѣлъ передъ болѣзнью. Очень нерѣдко мы замѣчаемъ у бредящихъ больныхъ существованіе нелѣпыхъ идей, отражающихъ въ себѣ то, что они читали передъ началомъ болѣзни, или о чемъ слышали и что видѣли. Иногда это бываютъ совершенно незначительныя обстоятельства, но въ бредъ больного они вносятъ наиболѣе часто попадающіяся и волнующія его идеи. Никоимъ образомъ не слѣдуетъ поэтому изъ содержанія бредовыхъ идей выводить, что то или другое обстоятельство было причиною душевнаго заболѣванія.

і) Наконецъ, десятымъ источникомъ бредовыхъ идей является вліяніе примѣра или внушенія, подѣйствовавшаго на благопріятную почву. Мы увидимъ впослѣдствіи, что наблюдаются случаи, такъ называемаго индуцированнаго помѣшательства, при которомъ человѣкъ нервный, впечатлительный, живя вмѣстѣ съ душевно-больнымъ, имѣющимъ какія-нибудь бредовыя идеи, усваиваетъ ихъ на столько, что самъ начинаетъ бредить.

Таковы источники развитія бредовыхъ идей. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ бредовыя идеи вытекаютъ то больше изъ одного источника, то болѣе изъ другого, и для врача должно составлять задачу — уясненіе способа развитія той или другой бредовой идеи. Это далеко не всегда возможно, но въ тѣхъ случаяхъ, когда удается, чрезвычайно помогаетъ выясненію состоянія больного.

Бредъ. Бредовыхъ идей можетъ быть у больного много, и онѣ могутъ вступать между собою въ сочетанія, и тогда является то, что называется бредомъ. Слово бредъ (delirium) употребляется, собственно говоря, въ двухъ значеніяхъ: 1) для обозначенія состоянія спутанности съ бредовыми сочетаніями идей (нѣмецкое Delirien), спутанность чувствъ и связанныхъ съ нимъ дѣйствій (Délire des actes французовъ), и 2) для обозначенія опредѣленной формы бредового содержанія (нѣмецкое Wahn) и опредѣленной связи между бредовыми идеями.

Если связь между бредовыми идеями слабая, то бредъ называется безсвязнымъ, состоящимъ изъ отрывочныхъ бредовыхъ идей, соединенныхъ между собою лишь по случайнымъ ассоціаціямъ смежности, сходства и одновременности. Если связь бредовыхъ идей между собой велика, если между отдѣльными идеями замѣтна наклонность къ сочетанію по причинной зависимости, если одна ложная идея до извѣстной степени *логически* связана съ другой, это будетъ бредомъ систематизированнымъ. Иногда систематизація бреда бываетъ очень вели-

ка,—всякая ложная идея имѣетъ въ бредѣ свое мѣсто. Особенно часто бываетъ систематизація при такъ называемомъ типическомъ *бредѣ преслѣдованія*; больной при этомъ съ подробностями разсказываетъ, кто и какъ за нимъ шпионитъ, кто его преслѣдуетъ, покушается на его честь и жизнь, объясняетъ, за что.. Оказывается, наприм., что это потому, что его младенцемъ украли изъ знатной семьи, помѣстили къ чужимъ людямъ; теперь же враги разными способами хотятъ его извести.

Систематизація бреда чаще всего является не вдругъ, а развивается постепенно. При нѣкоторыхъ душевныхъ болѣзняхъ есть очень большая наклонность бреда систематизироваться; при другихъ нѣтъ такой наклонности, а бредъ остается все время состоящимъ изъ отрывочныхъ бредовыхъ идей. Вообще при тѣхъ болѣзняхъ, при которыхъ актъ осмышленія можетъ совершаться въ достаточной степени, при которыхъ нѣтъ ни глубокаго слабоумія, ни спутанности сознанія, ни крайняго наплыва идей, систематизація больше, чѣмъ при обратныхъ состояніяхъ. Когда бредъ систематизированъ, то онъ нерѣдко представляетъ чрезвычайно много сроднаго у больныхъ, страдающихъ одною формою болѣзни, хотя бы они происходили изъ разныхъ слоевъ общества и были разныхъ національностей. Таковъ особенно такъ называемый *типичный бредъ преслѣдованія*, характеризующійся тѣмъ, что больной представляетъ себя окруженнымъ цѣлою сѣтью преслѣдованій со стороны зримыхъ и незримыхъ враговъ. Этотъ бредъ бываетъ особенно часто при такъ называемомъ хроническомъ первичномъ помѣшательствѣ (paranoia chronica).

И при другихъ болѣзненныхъ формахъ бредъ также имѣетъ много сходнаго у отдѣльныхъ больныхъ, и потому отчасти свойство бреда можетъ указывать и на форму болѣзни, которою страдаетъ больной. Такъ, при мрачномъ помѣшательствѣ—меланхоліи—чаще всего бываетъ бредъ самоуничиженія и самообвиненія: больной считаетъ себя крайне дурнымъ человѣкомъ, преступникомъ, ждетъ себѣ наказанія, считаетъ это наказаніе естественнымъ слѣдствіемъ своей вины. При ипохондріи бываетъ такъ называемый ипохондрическій бредъ, заключающійся въ томъ, что больной приписываетъ себѣ всевозможныя наиболѣе страшныя или совсѣмъ небывалыя болѣзни. При прогрессивномъ параличѣ часто бываетъ грандіозный бредъ, при которомъ больной считаетъ себя очень богатымъ, знатнымъ, очень могущественнымъ. Большею частью при этомъ онъ говоритъ о своемъ богатствѣ, сыпля милліонами и квадралліонами, не останавливается ни передъ какимъ абсурдомъ и вопіющимъ противорѣчіемъ.

О томъ, какой бредъ характеризуетъ ту или другую болѣзнь, мы бу-

демъ имѣть еще случай говорить въ частной патологіи душевныхъ болѣзней. Теперь же я ограничусь лишь тѣмъ, что скажу, что характеръ бреда при той или другой болѣзни опредѣляется не только первичнымъ разстройствомъ интеллектуальной сферы, но и совокупностью разстройствъ всѣхъ другихъ сторонъ душевной деятельности, чувства, воли, измѣненія сознательности и пр. Благодаря этому и происходитъ то, что отдѣльныя формы психическихъ болѣзней характеризуются особыми формами бреда, и нѣкоторые психіатры даже дѣлятъ виды бреда по болѣзнямъ, при которыхъ они наблюдаются. Въ такомъ смыслѣ говорятъ о „меланхолическомъ“ бредѣ, о „паралитическомъ“ бредѣ, объ „алкогольномъ“ бредѣ, „тифозномъ“ бредѣ. Исходя изъ тѣхъ же основаній, иногда и самую болѣзнь называютъ по преобладающему въ ней бреду; такъ, есть формы болѣзни, называемыя „религіознымъ“ помѣшательствомъ (paranoia religiosa), помѣшательство съ бредомъ преслѣдованія (paranoia persecutoria), помѣшательство эротическое (paranoia erotica). Въ большинствѣ случаевъ впрочемъ эти термины представляютъ собою остатки прошлаго, когда раздѣленіе душевныхъ болѣзней происходило почти исключительно на основаніи *содержанія* бреда.

Въ виду той важности, которая въ прежнее время придавалась содержанію бреда, въ прежнее время на него обращалось чрезвычайно большое вниманіе, и дѣленіе бреда по содержанію на разновидности было необыкновенно дробное. Большинство изъ терминовъ, употреблявшихся прежде для обозначенія различныхъ видовъ бреда, теперь уже не употребляется (многіе и совсѣмъ забыты), но нѣкоторые и до сихъ поръ еще употребительны. Таковы термины—бредъ самообвиненія, самоуничиженія, грѣховности, бредъ богатства, бредъ знатности, могущества, преслѣдованія, отравленія, эротическій, мегаломанический, микроманическій, бредъ собственной метаморфозы (del. metobalicum), бредъ знакомства съ незнакомыми предметами (del. palingnosticum), бредъ тѣлеснаго вліянія (при помощи электричества, магнетизма, внушенія, мистическихъ силъ), демономаническій, религіозный и пр. Такихъ отдѣльныхъ видовъ бреда и теперь еще, какъ видно, очень много, и названіе бреду обыкновенно дается по содержанію ложныхъ идей, его составляющихъ.

Содержаніе же бредовыхъ идей опредѣляется, какъ я сказалъ, нерѣдко формой душевной болѣзни и соматическими разстройствами, но также, конечно, и индивидуальными особенностями больного, его предшествующею жизнью, характеромъ, обстоятель-

ствами, бывшими во время заболѣванія и въ первое время болѣзни. Такъ, наприм., если больной передъ болѣзнью перенесъ много тяжелыхъ испытаній или былъ испуганъ чѣмъ-нибудь, то поводы для огорченія или испуга будутъ время отъ времени фигурировать въ его бредѣ; если онъ передъ заболѣваніемъ читалъ что-нибудь, что сочеталось въ душѣ больного съ волненіемъ, съ эмоціей, то содержаніе прочитаннаго тоже будетъ давать матеріалъ для бредовыхъ идей.

Если бредъ составляется изъ ложныхъ идей одной категоріи по содержанію, то онъ называется однороднымъ, а если изъ самыхъ разнообразныхъ, то полиморфнымъ. При полиморфномъ бредѣ на ряду съ идеями самоуничиженія являются идеи величія и демономаническія, и преслѣдованія, и эротическія, и идеи метаморфозы.

Мы увидимъ изъ частной психіатріи, что бредовое отношеніе иногда существуютъ у больного не ко всѣмъ воспріятіямъ. Такъ, наприм., больной можетъ совершенно правильно относиться къ врачу, надзирателю, товарищамъ—больнымъ, заниматься хорошо работой, а въ то же время считать кого-либо изъ своихъ родныхъ своимъ врагомъ, строящимъ разныя козни. Это будетъ частичный или односторонній бредъ, наблюдаемый нерѣдко какъ симптомъ исходнаго состоянія душевныхъ болѣзней при вторичномъ помѣшательствѣ.

Односторонній бредъ прежде признавался въ очень многихъ случаяхъ и давалъ поводъ къ недоразумѣніямъ. Врачи, отмѣчая существованіе у больного какого-нибудь одного нелѣпаго убѣжденія и не замѣчая другихъ, сопутствующихъ разстройствъ душевной дѣятельности, говорили, что данный человѣкъ во всемъ психически здоровъ, за исключеніемъ *одного только пункта*, одной идеи. Болѣзнь, при которой это будто бы наблюдалось, называлась однопредметнымъ помѣшательствомъ—monomania, а единичное нелѣпое убѣжденіе—фиксированной идеей (idée fixe), что въ общежитіи чаще всего переводится „пунктъ помѣшательства". Обстоятельное изслѣдованіе многихъ нѣмецкихъ и французскихъ психіатровъ привело къ убѣжденію, что такихъ однопредметныхъ помѣшательствъ въ чистомъ смыслѣ слова нѣтъ, что мономанія въ томъ смыслѣ, какъ ее понимали прежніе авторы, не существуетъ; что если и бываютъ случаи, гдѣ съ перваго раза кажется, что у больного существуетъ только одна нелѣпая идея, а въ остальномъ онъ представляется здоровымъ, то это лишь при поверхностномъ наблюденіи; внимательный анализъ показываетъ, что наряду съ бросающейся въ глаза нелѣпой идеей существуютъ (правда не такъ замѣтныя) другія разстройства, каковы ослабленіе критики,

общая неуравновѣшанность, ограниченіе сферы нормальныхъ влеченій, признаки слабоумія.

Изъ числа многихъ больныхъ, представлявшихъ явленія, подходящія къ тому, что прежде называлось мономаніей, я приведу для образца описаніе болѣзни одного, наиболѣе типичнаго изъ всѣхъ, которыхъ мнѣ пришлось наблюдать. Это былъ торговецъ, занимавшійся совершенно хорошо и правильно своимъ дѣломъ въ теченіе многихъ лѣтъ; для всѣхъ окружающихъ онъ не представлялъ признаковъ душевнаго разстройства, за исключеніемъ одного пункта: онъ былъ убѣжденъ, что въ его животѣ находятся змѣи. Онъ чувствовалъ, какъ онѣ у него ползаютъ, какъ подбираются иногда къ спинѣ и къ груди. Иногда онѣ бываютъ злы, иногда довольно покойны. Онъ опредѣлялъ и ихъ приблизительную величину вершка въ 4, а то и болѣе. Онъ обращался ко многимъ врачамъ, и сколько его не убѣждали, онъ ни на минуту не оставлялъ своего убѣжденія. Нѣсколько разъ онъ просилъ себѣ сдѣлать операцію и вырѣзать змѣй. Какъ только появилось извѣстіе объ успѣхахъ радіоскопіи, онъ бросился съ просьбою, чтобы ему сфотографировали внутренность, предполагая, что этимъ убѣдитъ въ дѣйствительности присутствія въ немъ змѣй и склонитъ врачей къ операціи. Потомъ однако онъ сообразилъ, что змѣи могутъ быть мягкія и не обрисоваться на снимкѣ. Больной старательно слѣдилъ за газетами, разыскивая описанія случаевъ, въ которыхъ змѣи убивались какимъ-нибудь особымъ ядомъ или другимъ способомъ. Много лѣтъ находился больной въ такомъ положеніи и на поверхностный взглядъ представлялъ типъ настоящаго мономана. Но внимательно изслѣдуя его и изучая развитіе болѣзни, можно было прійти къ заключенію, что бредовая идея далеко не единственное разстройство, существовавшее у больного. У него вообще замѣчалась односторонность, узкость мышленія, ограниченность сужденія, уменьшеніе задержекъ, словомъ явленія умственнаго дефекта. Оказалось, что бредъ о змѣяхъ развился послѣ довольно замѣтнаго остраго психоза съ цѣлымъ рядомъ бредовыхъ идей (преслѣдованія, отравленія и пр.). Бредовыя идеи поддерживались, по всей вѣроятности, съ одной стороны ненормальнымъ состояніемъ органовъ живота (крайней неправильностью діэты при значительномъ ожирѣніи) и съ другой—раздраженіемъ периферическихъ нервовъ рубцомъ (больной былъ по суевѣрію оскопленъ).

Бредъ не всегда бываетъ одинаково интенсивенъ. Мы часто можемъ видѣть, что бредовыя идеи существуютъ, но онѣ обладаютъ такимъ слабымъ напряженіемъ, что почти не вліяютъ ни на эмоціональную сферу больного, ни на его отношенія къ людямъ и дѣятельность;

бредовыя идеи почти уходятъ въ безсознательную область душевной жизни, и нужны особые стимулы, наприм., разговоръ, гнѣвъ, чтобы бредъ всплылъ въ сознаніи. Наоборотъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ бредовыя идеи обладаютъ чрезвычайно большимъ напряженіемъ. Они съ особенною яркостью являются въ сознаніи и вполнѣ подчиняютъ себѣ вниманіе, обусловливаютъ аффекты и крайне неправильныя дѣйствія больного.

Очень нерѣдко бываетъ, что у одного и того же больного мы встрѣчаемъ значительныя колебанія въ напряженности бреда. Въ большинствѣ случаевъ бываетъ такъ, что въ первыхъ періодахъ болѣзни бредовыя идеи—конечно въ тѣхъ болѣзненныхъ формахъ, въ которыхъ бредъ существуетъ—бываютъ очень ярки, очень интенсивны, а потомъ онѣ постепенно теряютъ свою напряженность, блѣднѣютъ.

Являясь однимъ изъ частыхъ проявленій собственно душевныхъ болѣзней, бредъ однако бываетъ не исключительно при нихъ. Онъ является какъ симптомъ многихъ другихъ заболѣваній. Такъ онъ бываетъ при разнообразныхъ нервныхъ болѣзняхъ, напр., при органическихъ страданіяхъ головного мозга, при истеріи, эпилепсіи, хореѣ и пр. Онъ бываетъ при многихъ внутреннихъ болѣзняхъ (острыя инфекціонныя болѣзни), при лихорадочномъ состояніи, при истощеніи; онъ бываетъ при отравленіи многими ядами—атропиномъ, мускариномъ, бѣленой, опіемъ, индійской коноплей, алкоголемъ, эфиромъ и пр. Онъ, наконецъ, бываетъ и у совершенно здоровыхъ лицъ въ состояніи сна или просонокъ и особенно послѣ порядочнаго утомленія или вліянія моральныхъ потрясеній. Близко къ бреду стоитъ и то измѣненіе въ содержаніи мышленія, которое развивается подъ вліяніемъ *гипнотическихъ внушеній*.

Для болѣе яснаго представленія о разныхъ формахъ бреда, я приведу нѣсколько примѣровъ, взятыхъ главнымъ образомъ изъ руководства Гризингера, писавшаго свою поучительную книгу въ то время, когда на форму бреда обращали особенное вниманіе.

Вотъ примѣръ бреда самообвиненія и сопутствующаго ему обыкновенно ожиданія наказанія.

Больной, священникъ 43 лѣтъ, послѣ домашнихъ непріятностей и смерти новорожденнаго ребенка заболѣлъ глубокою меланхоліей, выразившейся между прочимъ въ сильномъ страхѣ и безпокойствѣ. Онъ обвинялъ себя въ гнусномъ образѣ жизни и большихъ преступленіяхъ. Мѣсяцевъ черезъ 10 отъ начала болѣзни онъ выздоровѣлъ и написалъ слѣдующее объ испытанномъ имъ состояніи: „Съ тѣхъ поръ (послѣ смерти ребенка) утратилось всякое желаніе къ работѣ и всякая веселость. Послѣ проповѣди я былъ сильно измученъ и напряженъ; какой-то страхъ и печальное расположеніе постоянно одолѣвали меня, сонъ былъ короткій, сопровождаемый страшными сновидѣніями, и послѣ него

пробѣгалъ сильный холодъ по всѣмъ членамъ Однако я считалъ себя здоровѣе, нежели когда нибудь, потому что тугоухость, боли въ членахъ и раздутіе, которымъ я страдалъ до сихъ поръ, совершенно прекратились, и я не чувствовалъ рѣшительно никакой непріятности послѣ ѣды Такимъ образомъ мнѣ вовсе не пришло въ голову искать причины моего печальнаго положенія въ моемъ собственномъ организмѣ, но я обратился ко всей своей прошлой жизни, которую вообразилъ себѣ цѣпью какихъ-то страшныхъ преступленій Мысль эта произошла во мнѣ не мало по-малу, но на сколько я помню, появилась вдругъ въ моей душѣ, точно сонъ, и теперь я сталъ объяснять себѣ мое состояніе. Исчезли всякія свѣтлыя мысли и всякое довѣріе къ другимъ и къ самому себѣ; я воображалъ, что все человѣчество должно было возстать противъ меня, изверґнуть меня изъ своей сферы при содѣйствіи страшнѣйшихъ мукъ, и что я самъ былъ злѣйшій врагъ свой Я открылъ своей женѣ, будто я совершилъ величайшее изъ преступленій, которое когда-либо совершалось, и что прихожане разорвутъ меня въ клочки, какъ только узнаютъ объ этомъ. Мои обычныя занятія стали невозможны, страхъ постоянно усиливался, и когда церковный совѣтъ дѣлалъ самыя утѣшительныя убѣжденія и успокоивалъ меня, я все-таки считалъ все потеряннымъ Однажды упавши въ обморокъ въ одномъ изъ собраній, мнѣ показалось, будто я сдѣлалъ это изъ притворства. Шумъ въ печкѣ я принималъ за барабанный бой и думалъ, что приходятъ солдаты, чтобы взять меня, нѣсколько позже мнѣ казалось, что я вижу эшафотъ, на которомъ меня должны растерзать въ клочки, страхъ передъ казнью продолжался постоянно. Все окружающее меня мнѣ казалось красивѣе и блестящѣе, нежели обыкновенно, люди разумнѣе и лучше; а самаго себя я видѣлъ въ какой-то страшной глубинѣ и считалъ себя неспособнымъ болѣе ни къ чему. Только на нѣсколько моментовъ я полагалъ, что можетъ быть еще возможно для меня спасеніе, а затѣмъ слѣдовала еще бо́льшая печаль. Состояніе мое къ концу болѣзни я не могу вѣрнѣе описать, какъ состояніе пробуждающагося отъ тяжелаго сновидѣнія, который не вдругъ можетъ убѣдить себя, что все это былъ только сонъ".

Слѣдующій примѣръ дастъ образецъ бреда величія съ тѣмъ характеромъ, съ которымъ онъ наблюдается у больныхъ, страдающихъ маніакальными формами психическаго разстройства, когда бредовыя представленія по своему происхожденію находятся въ зависимости отъ возбужденія фантазіи и чрезвычайной легкости сочетаній. Приводимое описаніе сдѣлано самимъ больнымъ и потому заслуживаетъ особеннаго вниманія. Нужно замѣтить что кромѣ идей величія у этого больного были и идеи бѣсодержимости и собственной метаморфозы Вообще слѣдуетъ всегда помнить, что рѣдко у больного существуютъ идеи только одного какого-нибудь содержанія; большею частью бываетъ сочетаніе бредовыхъ идей разнаго содержанія.

„Воспоминанія изъ прежнихъ моихъ чтеній утвердили меня въ той мысли что я одержимъ злымъ духомъ" и я рѣшился противодѣйствовать ему постомъ молитвами и заклинаніями. Моя пылкость превратилась въ воинственную ярость, всѣ воспоминанія о герояхъ, разсказы о которыхъ я съ живостью воспринималъ въ молодости, воскресли во мнѣ. Фантазія перенесла меня въ сраженія и перевороты, исторіи которыхъ я читалъ; я хотѣлъ изобразить эти разнообразные характеры то Александра, то Ахиллеса, то Генриха IV. Съ первымъ я такъ сжился, что мнѣ казалось, будто я имѣлъ его видъ, носилъ его

имя, былъ имъ; я сражался при Граникѣ, я побѣдилъ при Арбеллѣ, я осаждалъ Тиръ и взошелъ побѣдителемъ на его стѣны Видъ жителей Тира, которыхъ побѣдитель велѣлъ распять на крестахъ на берегу моря, представился моей фантазіи. При этомъ я чувствовалъ гнѣвъ и ужасъ, возненавидѣлъ характеръ македонскаго героя и не хотѣлъ быть болѣе подобнымъ чудовищемъ; несчастныя жертвы его жестокости возбудили во мнѣ такое состраданіе и уныніе, какъ будто я самъ видѣлъ ихъ муки Во время другого припадка воинственной ярости моя фантазія была занята характеромъ Ахиллеса Мнѣ казалось, что я опоясанъ его оружіемъ, что мнѣ даны его голосъ, его мужество, и я вызывалъ троянцевъ позорными рѣчами на битву Потомъ мнѣ представилось, что, гоня и уничтожая передъ собою полки, я внезапно явился предъ дворцомъ Пріама. Я вообразилъ себя теперь Пирромъ, взялъ и связалъ четыре колонны отъ моей кровати и такъ сильно бросилъ въ дверь моей комнаты, что она сорвалась съ петель. Обрадованный шумомъ, я радостно кричалъ: Троя пала! Дворецъ Пріама не существуетъ болѣе! Затѣмъ меня связали и мнѣ представились страшныя картины Вонючій пригорѣлый запахъ желѣза и мѣди долго отягощалъ меня; я ступалъ по развалинамъ древняго Рима и проч.

Когда я успокоился и былъ развязанъ, я почувствовалъ неописанное счастье, мнѣ казалось, что вся природа, до сихъ поръ оцѣпленная, сбросила свои оковы и наслаждалась вмѣстѣ со мной свободою.

Я вообразилъ себя миролюбивымъ королемъ и задумалъ развить въ моемъ государствѣ всѣ искусства и науки и думалъ, что самъ отлично знаю живопись, скульптуру, архитектуру, геометрію и проч. Взглядъ мой былъ столь вѣренъ, рука моя столь тверда, что я могъ съ удивительною точностью рисовать на полу или стѣнѣ планы при помощи первыхъ попавшихся мнѣ подъ руки орудій.

Господствующее настроеніе придало моимъ чувствамъ живость, моему уму остроту и моей душѣ величіе, которые дѣлали меня человѣкомъ необыкновеннымъ. Мнѣ казалось, что я читалъ въ сердцахъ людей, меня окружающихъ, что характеръ ихъ обрисовывался мнѣ съ удивительною ясностью, и такъ какъ меня не удерживали никакія соображенія, то я и высказывалъ рѣзко и опредѣленно все, что думалъ.

Можетъ быть удивятся, что я помню такъ хорошо такія подробности, но мое воображеніе было на столько дѣятельно и живо, что всѣ предметы врѣзались въ немъ или скорѣе погрузились въ него".

При другихъ формахъ болѣзни бредъ величія проявляется съ иными оттѣнками. Такъ, при болѣзни, извѣстной подъ названіемъ прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, онъ представляется въ видѣ сочетанія абсурдныхъ и взаимно противорѣчащихъ идей съ глубокимъ слабоуміемъ

Вотъ примѣръ *грандіознаго бреда* паралитика:

„Больной представляетъ себѣ, что онъ обладаетъ чрезвычайно высокимъ саномъ, почетомъ, сверхъестественною силою и неисчерпаемыми богатствами. Каждую минуту дарить онъ большія суммы, —тысячу, двадцать миллионовъ луидоровъ; потомъ утверждаетъ, что онъ есть Богъ Отецъ; если же его спрашивали, кто былъ его отцомъ, то онъ отвѣчалъ: податной совѣтникъ, и было напрасно доказывать нелѣпость подобнаго сопоставленія Другой разъ онъ былъ на небѣ и видѣлъ тамъ чудесную Венеру, а на слѣдующій день уже говорилъ о кружкѣ изъ многихъ сотенъ Венеръ, среди которыхъ онъ самъ на-

ходился Посредствомъ газа онъ хотѣлъ расширить всѣ комнаты больницы до неимовѣрныхъ размѣровъ, дѣлать людей великими, воскресить умершихъ, но главное—посредствомъ тысячи воздушныхъ шаровъ перенести по воздуху армiи изъ тысячи миллiоновъ полковъ При этомъ онъ назначалъ контрибуцiи, выдавалъ грамоты и проч".

У лицъ, страдающихъ прогрессивнымъ параличемъ, бываетъ однако бредъ и совершенно противоположнаго характера, а именно *микроманическаго*. Вотъ примѣръ такого бреда, соединеннаго, какъ это обыкновенно наблюдается въ подобныхъ случаяхъ, съ бредомъ *ипохондрическимъ* Больной упорно отказывается отъ пищи на томъ основании, что у него будто-бы нѣтъ ни желудка, ни кишекъ; онъ не можетъ глотать, его не можетъ прослабить, все, что входитъ въ него, падаетъ какъ въ пустую бочку; мочиться онъ не можетъ, онъ не мочится потому, что мочевого пузыря нѣтъ; у него нѣтъ внутренностей, нѣтъ костей, нѣтъ мозга, у него ничего нѣтъ, онъ самъ еле существуетъ, онъ такой маленькiй, что едва виденъ, у него голова съ булавочную головку, руки у него будто бы самыя ничтожныя Сколько бы не разубѣждать больного, показывая ему для сравненiя свои руки, онъ продолжаетъ вопреки очевидности увѣрять, что его, больного, руки несравненно меньше

Слѣдующiй примѣръ, взятый изъ описанiя одного стариннаго психiатра, можетъ дать понятiе еще объ одной разновидности бреда—о бредѣ демономаническомъ, въ частности — о бредѣ бѣсоодержимости, такъ часто встрѣчающемся у лицъ съ малымъ образованiемъ:

„Маргарита Б, одиннадцати лѣтъ, довольно вспыльчиваго характера, но богобоязненное, набожное дитя, не будучи предварительно больною, вдругъ подверглась 19 января 1829 года сильнымъ судорогамъ, продолжавшимся съ небольшими промежутками въ теченiе двухъ дней Все время, пока продолжались судорожные припадки, дитя теряло сознанiе, выворачивало глаза, дѣлало гримасы и всякiя странныя движенiя руками, а съ понедѣльника, 21 января, издавало по временамъ глубокiй басовый голосъ, со словами: „за тебя хорошо молятся". Какъ только дѣвочка опять пришла въ себя, она была очень уставши и истощена, но не знала рѣшительно ничего о всемъ происшедшемъ, говорила только, что видѣла какой-то сонъ 22 января началъ издаваться другой голосъ, ясно отличающiйся отъ упомянутаго баса Голосъ этотъ говорилъ почти безпрерывно во все продолженiе кризиса, т. е. полчаса, цѣлый часъ и даже нѣсколько часовъ и прерывался только по временамъ прежнимъ басомъ, повторяющимъ упорно предыдущiй речитативъ. Очевидно, голосъ этотъ желалъ изобразить изъ себя другую личность, отличную отъ личности дѣвочки и отличался отъ нея весьма рѣзко, объективируя ее и говоря о ней въ третьемъ лицѣ. Въ выраженiяхъ этого голоса нельзя было замѣтить ни малѣйшей спутанности или помѣшательства, но совершенно строгую послѣдовательность съ разумными отвѣтами на всѣ вопросы или съ лукавымъ избѣжанiемъ отвѣта. Что составляло однако отличительную черту его выраженiй, это былъ нравственный, или, лучше сказать, безнравственный характеръ ихъ: гордость, дерзость, насмѣшка, ненависть къ правдѣ, къ Богу и къ Христу постоянно высказывались въ немъ „Я сынъ Бога Спаситель мiра, мнѣ должны вы молиться", часто говорилъ этотъ голосъ, нѣсколько разъ повторяя это. Насмѣшка надъ всѣмъ святымъ, ругательства противъ Бога и Христа, и противъ библiи, сильное неудовольствiе всѣмъ тѣмъ, что привержено къ добру, отвратительнѣйшiя,

тысячу разъ повторенныя проклятія, страшное бѣснованіе и безпокойство при видѣ молящагося или даже человѣка со сложенными къ мольбѣ руками, все это можно было бы принимать какъ симптомы чуждаго вліянія, если бы этотъ голосъ самъ и не обнаружилъ себя, выдавши имя говорящаго, а именно, назвавшись дьяволомъ. Какъ только демонъ этотъ начиналъ говорить, всѣ черты лица дѣвушки вдругъ страшно измѣнялись, каждый разъ появлялся, въ самомъ дѣлѣ, демоническій взглядъ, о которомъ можно получить понятіе, взглянувши въ Мессіадѣ на рисунокъ, гдѣ дьяволъ подаетъ Христу камень.

26 января, въ 11 часовъ утра въ тотъ же часъ, который былъ предсказанъ, по словамъ дѣвушки въ бодромъ состояніи, особымъ ангеломъ уже нѣсколько дней тому назадъ какъ часъ искупленія, вдругъ припадки прекратились. Послѣднее, что слышалось, былъ голосъ изо рта дѣвушки: „выходи ты, нечистый духъ, изъ этого ребенка' развѣ ты не знаешь, что ребенокъ этотъ любимъ мною?" Затѣмъ она пришла въ себя. 31 января повторилось это состояніе съ тѣми же симптомами. Однако мало-по-малу присоединились еще другіе голоса, пока число ихъ, отличныхъ другъ отъ друга отчасти по звукамъ, отчасти по рѣчи, отчасти по содержанію не достигло шести, причемъ каждый выражался, какъ голосъ особеннаго индивидуума, и возвѣщался обыкновенно прежнимъ голосомъ, который сначала издавался такъ часто. Безпокойство, проклятія, ругательства, поношенія и т. д. достигли въ этомъ періодѣ болѣзни высочайшей степени, и промежутки полнаго сознанія, во время которыхъ, впрочемъ, дѣвушка совершенно не помнила о томъ, что было во время припадка, но просто тихо и усердно молилась и читала, становились все рѣже и короче. 9 февраля, который также былъ предсказанъ еще 31 января, какъ *день освобожденія*, насталъ конецъ и этому страданію, и подобно тому, какъ и въ первый разъ, въ это 9 февраля въ 11 часовъ, послѣ того какъ прежній голосъ нѣсколько разъ повторилъ свое прощаніе, изо рта дѣвушки послышались слова: „выходи вонъ ты, нечистый духъ, это признакъ послѣдняго времени!" Дѣвушка проснулась, и съ тѣхъ поръ была совершенно здорова".

Примѣръ бреда, грѣховности и одержимости, связаннаго съ болевыми ощущеніями:

Больная, дѣвушка 28 лѣтъ поступила въ нашу клинику вслѣдствие глубокой тоски. Она считаетъ себя величайшей грѣшницей,—такой, какой еще и на свѣтѣ до сихъ поръ не было. Въ нее вселился дьяволъ: она помнитъ, какъ это случалось: будучи въ церкви, она вдругъ почувствовала, что въ нее что-то вошло и помѣстилось въ подложечной области. Вѣроятно это потому, что она въ церкви думала о грѣшномъ, а также за прежніе грѣхи, главн. образомъ, за онанизмъ. Съ тѣхъ поръ она не находитъ себѣ покоя: она чувствуетъ, что дьяволъ сидитъ въ ней; временами онъ движетъ хвостомъ какъ разъ подъ сердцемъ, и тогда ей становится такъ невыносимо, что она предпочла-бы умереть. При изслѣдованіи больной оказалось, что она страдаетъ нейралгіей межреберныхъ нервовъ: давленіе на мѣста соотвѣтствующія 4, 5, 6 и 7-му межреберным нервамъ вызываетъ сильную боль, а время отъ времени въ подложечной области и въ сторонѣ сердца бываютъ самостоятельныя боли.

Довольно много подобныхъ случаевъ аллегоризаціи болевыхъ ощущеній приводитъ извѣстный нѣмецкій психіатръ д-ръ Шюле въ своей книгѣ: „Die dysphrenia neuralgica"

Примѣръ бреда эротическаго (любовнаго).

Французскій психіатръ Маньянъ описываетъ такой случай: Больной, 32 лѣтъ, по профессіи портной, во время отсутствія своей семьи сталъ часто посѣщать оперу. Однажды во время представленія онъ замѣчаетъ, что примадонна будто-бы обращаетъ на него особое вниманіе; пѣвица то и дѣло бросаетъ взгляды въ его сторону Онъ въ волненіи возвращается домой, проводитъ безсонную ночь и въ слѣдующіе дни продолжаетъ посѣщать театръ, занимая все тоже мѣсто и все болѣе убѣждаясь, что онъ замѣченъ примадонною Она прижимаетъ руки къ сердцу и посылаетъ ему воздушные поцѣлуи, улыбки и взгляды. Онъ отвѣчаетъ ей тѣмъ-же; она продолжаетъ улыбаться Наконецъ, онъ узнаетъ, что пѣвица уѣзжаетъ въ Гамбургъ Онъ объясняетъ это желаніемъ увлечь его за собою „но, говоритъ онъ, я устоялъ и не поѣхалъ". Она снова возвращается въ Парижъ и держитъ себя въ театрѣ по—прежнему. Затѣмъ она опять уѣзжаетъ въ Ниццу На этотъ разъ колебаться нечего, — онъ слѣдуетъ за нею Немедленно по прибытіи онъ отправляется къ ней на квартиру, гдѣ его встрѣчаетъ мать актрисы, объявляющая, что ея дочь никого не принимаетъ. Сконфуженный онъ бормочетъ нѣсколько словъ въ извиненіе и черезъ недѣлю возвращается домой, огорченный и опасающійся, не скомпрометировалъ-ли онъ влюбленную въ него пѣвицу. Вскорѣ послѣ того она возвращается въ Парижъ раньше, чѣмъ это было объявлено въ афишахъ Очевидно — это она поторопилась возвращеніемъ, потому что стосковалась о немъ Словомъ, больной толкуетъ такимъ образомъ всѣ поступки пѣвицы Онъ снова посѣщаетъ оперу и болѣе, чѣмъ когда-нибудь, убѣжденъ въ любви примадонны къ нему Въ окнѣ картиннаго магазина ему попадается ея портретъ въ роли Миньоны, на которомъ она изображена плачущей Кто-же причина ея слезъ, если не онъ? Онъ поджидаетъ ее при выходѣ изъ театра или около ея квартиры, чтобы видѣть ее, когда она выходитъ изъ кареты или по крайней мѣрѣ ея тѣнь на занавѣскахъ ея окна. По пріѣздѣ его семьи ему приходится пропустить два спектакля; являясь на третій, онъ читаетъ, что любимая имъ пѣвица пѣть не можетъ по нездоровью. Понятно: она не въ состояніи продолжать, потому-что не видала его на двухъ представленіяхъ. На слѣдующій день онъ идетъ снова въ театръ; она поетъ еще болѣе обворожительная, еще болѣе влюбленная, чѣмъ прежде. „Ясно, говоритъ онъ она не можетъ болѣе обходиться безъ меня". По окончаніи спектакля онъ бѣжитъ къ ея подъѣзду. Какъ только экипажъ поданъ, онъ бросается къ нему, чтобы передать письмо, но полицейскій останавливаетъ его, арестуетъ, и при обыскѣ у него находятъ заряженый револьверъ. Онъ объясняетъ съ очевидной искренностью, что револьверъ нуженъ ему, потому-что приходится поздно возвращаться изъ театра, и съ негодованіемъ отвергаетъ обвиненіе въ покушеніи на убійство, разсказываетъ очень подробно все происшедшее и оканчиваетъ увѣреніемъ, что пѣвица страстно влюблена въ него. На другой день онъ препровожденъ въ больницу"

Примѣръ бреда палингностическаго представлялъ одинъ больной, находившійся въ нашей клиникѣ Больной этотъ страдалъ періодическимъ психозомъ, т е. болѣзнь его повторялась черезъ опредѣленные сроки, выражаясь то въ слегка возбужденномъ настроеніи (полгода), то въ угнетенномъ (тоже полгода) Во время возбужденнаго состоянія больной былъ однако большею частью не настолько разстроенъ, чтобы не могъ оставаться дома и даже продолжать

свои занятія учителя; онъ отличался только большой хвастливостью, наклонностью разсказывать про себя вещи, которыхъ никогда не было Когда онъ былъ помѣщенъ въ клинику, онъ постоянно утверждалъ, что онъ уже былъ въ этой обстановкѣ и говорилъ это такъ убѣдительно, что лицо, которое не знало навѣрное. что онъ въ клиникѣ въ первый разъ, готово было ему повѣрить: онъ указывалъ на разныя мелочи, которыя будто бы тогда же онъ замѣтилъ, называлъ больныхъ, которые будто бы тоже тогда были; о многихъ изъ больныхъ, которыхъ онъ встрѣтилъ въ первый разъ въ клиникѣ, онъ утверждалъ, что ихъ видѣлъ въ клиникѣ и въ первый разъ. Бредъ подобнаго рода связанъ съ ложными воспоминаніями.

Примѣръ метаболическаго бреда, т е. бреда превращенія представляла также одна изъ больныхъ, находившихся въ клиникѣ. Эта больная страдала меланхолическимъ умопомѣшательствомъ. Подъ вліяніемъ тоски и гнетущихъ идей у нея развился первоначально бредъ самообвиненія и грѣховности, а потомъ она стала считать себя за грѣхи превращенной въ существо животное, близкое къ нечистой силѣ Это убѣжденіе было въ ней чрезвычайно сильно, она едва давала дотрогиваться до своей руки, считая, что ея тѣло уже не то, а готово покрыться шкурой; она не вѣрила утѣшеніямъ, полагая, что въ этомъ не можетъ быть никакого сомнѣнія и всѣмъ это ясно до очевидности. Мало-по-малу больная стала успокоиваться, тоска ея стала проходить и бредъ исчезъ.

Бредъ превращенія часто переносится больнымъ и на другихъ, близкихъ ему лицъ. Подъ моимъ наблюденіемъ находилась больная, которая во все время болѣзни считала своего новорожденнаго сына собакой: она полагала, что вслѣдствіе вліянія враговъ она родила собаку и за это должна подвергнуться жестокой казни. Этотъ бредъ исчезъ почти черезъ годъ отъ начала болѣзни.

Примѣромъ бреда отрицанія можетъ служить слѣдующее описаніе, взятое тоже изъ книги Гризингера, а имъ заимствованное у французскаго автора Leuret

Больная, 56 лѣтъ отъ роду и съ виду здоровая, съ 1827 года потеряла сознаніе своей личности и считала себя совершенно за другую особу, чѣмъ она была прежде. Эта идея находится, повидимому, въ связи съ перемѣною ощущеній и въ особенности съ различными и непрестанными галлюцинаціями. Она говорила о самой себѣ всегда въ третьемъ лицѣ, слѣдующимъ образомъ: (Die Person von mir; la personne de moi même)

Если къ ней не подходили близко, не касались ея кровати, ея стула, ея платья и пр., то можно было легко съ нею разговаривать.

Она отвѣчала тихо и учтиво

— Какъ ваше здоровье, мадамъ?

— Особа моя не есть дама, ее зовутъ мадемуазель, если вамъ угодно.

— Я не знаю вашего имени, скажите мнѣ его

Особа моя не имѣетъ имени: она не хочетъ, чтобы вы начали писать.

— Однако, могу я узнать, какъ ваше имя, или скорѣе, какъ васъ прежде звали?

— Я понимаю, что вы хотите спросить. Меня звали Екатериною X; болѣе не слѣдуетъ ничего говорить о прошедшемъ. Особа моя потеряла свое имя, она его лишилась, какъ вступила въ госпиталь

— Сколько вамъ лѣтъ?

— Особа моя не имѣетъ никакихъ лѣтъ

Но эта Екатерина X, о которой вы раньше говорили, сколько ей лѣтъ?

— Я не знаю Она родилась 1779 г. отъ Маріи... и отъ Іакова.. жила крещена въ Парижѣ и пр.

— Если вы не та особа, о которой говорите, то вы представляете, можетъ быть, двѣ особы въ одной

— Нѣтъ, особа моя не знаетъ эту, которая родилась въ 1779 году. Можетъ быть, эта женщина находится тамъ внизу.

— Живы ли еще ваши родственники?

Особа моя—одна и очень одинока, у нея нѣтъ никакихъ родственниковъ и никогда ихъ не было.

— А родственники особы, о которой вы прежде говорили?

— Говорятъ, что они еще живы, ихъ называютъ моимъ отцомъ и моею матерью, и я вѣрила въ это до 1827 года; я всегда исполняла мои обязанности къ нимъ до того времени

— Итакъ, вы ихъ дитя? По разговору видно, что вы это думаете.

Особа моя ничье дитя Происхожденіе особы моей неизвѣстно мнѣ: она не оставила никакихъ воспоминаній о прошедшемъ. Женщина, о которой вы говорите, есть можетъ быть та самая, для которой сшито это платье (она указала на платье, въ которомъ была одѣта), она была замужемъ и имѣла многихъ дѣтей. (Она разсказала подробныя и очень точныя свѣдѣнія о своей жизни, при чемъ постоянно оканчиваетъ 1827 годомъ)

Что вы сдѣлали и что съ вами случилось съ тѣхъ поръ, какъ вы стали вашей особой?

— Особа моя жила въ попечительномъ заведеніи... Съ ней производили и производятъ физическіе и метафизическіе опыты. Эта работа была ей неизвѣстна до 1827 года. Здѣсь низошла невидимая и перемѣшала ея голосъ съ моимъ. Особа моя ничего этого не хочетъ и тихо удаляетъ ее.

— Каковы изъ себя эти невидимыя, о которыхъ вы говорите?

- Онѣ маленькія, неосязаемы, безформенны.

— Какъ онѣ одѣты?

— Въ блузахъ

— На какомъ языкѣ говорятъ онѣ?

По французски: если бы онѣ говорили на другомъ языкѣ, то и моя особа перестала бы понимать ихъ

А это точно, что вы видите ихъ?

— Совершенно точно, моя особа видитъ ихъ, но метафизически, въ невидимости, никакъ не матеріально, потому что въ этомъ случаѣ онѣ не были бы невидимы.

Ощущаете вы по временамъ запахи?

— Одинъ женскій составъ, одна невидимая уже насылала на меня дурные запахи.

— Чувствуете ли вы по временамъ невидимыхъ на вашемъ тѣлѣ?

— Особа моя чувствуетъ ихъ и сильно сердится за это, онѣ дѣлали ей всевозможныя неприличности

— Хорошій у васъ аппетитъ?

— Моя особа есть; у ней есть хлѣбъ и вода; хлѣбъ такъ хорошъ, какъ только его можно пожелать; ей не нужно ничего больше и т. д.

— Молитесь вы иногда?

— Особа моя знала религію до 1827 года; теперь она больше не знаетъ ея.

— Что вы думаете о женщинахъ, которыя живутъ съ вами въ этой залѣ?

— Особа моя думаетъ, что онѣ потеряли разсудокъ, по крайней мѣрѣ, большинство ихъ.

Примѣръ бреда преслѣдованія былъ мною приведенъ въ главѣ объ обманахъ чувствъ. Я приведу здѣсь еще другой примѣръ, характерный для начала той болѣзни, при которой бредъ преслѣдованія бываетъ очень часто.

„Дѣло идетъ о больномъ, который съ 12 лѣтъ занимался онанизмомъ; на 19-мъ году у него наступило измѣненіе характера. Въ началѣ развилось постепенно физическое отвращеніе отъ всего, глубокая общая скука, и хотя до того времени онъ замѣчалъ только свѣтлую сторону жизни, съ тѣхъ поръ все ему представлялось съ печальной стороны. Вскорѣ появилась мысль о самоубійствѣ, черезъ годъ она отступила на второй планъ и вмѣсто нея больной сталъ принимать себя за предметъ всеобщихъ насмѣшекъ; онъ думалъ, что всѣ потѣшаются надъ его физіономіей и надъ его манерами, онъ слышалъ многократно, какъ на улицѣ, такъ и въ комнатахъ у друзей и родныхъ, обращенныя къ нему ругательныя слова, наконецъ онъ сталъ думать, что всякій оскорбляетъ его; когда кто-нибудь кашляетъ, чихаетъ, смѣется, подноситъ руку ко рту или закрываетъ лицо, то это дѣлаетъ на него самое тяжелое впечатлѣніе, то вызываетъ злобный аффектъ, то глубокое уныніе съ непроизвольными изліяніями слезъ. Онъ равнодушенъ рѣшительно ко всему и постоянно занятъ этими идеями. Онъ ищетъ одиночества и общество надоѣдаетъ ему. Онъ допускаетъ, что съ нимъ, можетъ, случаются галлюцинаціи, однако убѣжденъ, что идеи эти не совершенно безосновательны: что выраженіе его лица имѣетъ нѣчто отталкивающее, и что на немъ можно прочесть страшныя мысли, которыя его безпокоятъ“.

Болѣе сложную картину бреда преслѣдованія представляетъ слѣдующій случай, взятый Гризингеромъ изъ описанія, сдѣланнаго стариннымъ нѣмецкимъ психіатромъ Nasse.

„Haslam разсказываетъ въ своей маленькой брошюрѣ „Illustrations of madness“, London, 1810, исторію одного извѣстнаго Матьюса, который въ 1797 году, вслѣдствіе судебнаго приговора, былъ посаженъ въ Бедламъ, а въ 1798 г. переведенъ въ отдѣленіе неизлѣчимыхъ; тамъ онъ оставался нѣсколько лѣтъ, то считая себя автоматомъ извѣстныхъ, дѣйствующихъ на него личностей, то за міроваго императора. Въ 1809 году родственники его, противившіеся его заключенію въ Бедламъ, просили объ его отпускѣ и поручили докторамъ Клютербуку и Биркбетту осмотрѣть его, доктора эти, посѣтивши 4 раза больного, подтвердили подъ присягою, что Матьюсъ душевно вполнѣ здоровъ. За этимъ назначена новая комиссія изъ восьми врачей, которая, послѣ продолжительныхъ испытаній, составила присяжное показаніе, что человѣкъ этотъ въ высшей степени помѣшанъ.

И въ самомъ дѣлѣ это было такъ; въ немъ было чрезвычайно твердо выработанное во всѣхъ мелочахъ и драматизированное безумное представленіе, что шайка злыхъ людей, изъ комнаты близь городской стѣны, при помощи магнетическихъ токовъ разнообразнымъ образомъ вліяетъ на него.

Онъ видитъ и слышитъ этихъ личностей и вслѣдствіе этого можетъ въ точности описать ихъ. Всѣхъ ихъ семь: 4 мужчины и 3 женщины. Глава между ними есть одно лицо по имени Билль, котораго зовутъ также королемъ; ему отъ 64 до 65 лѣтъ; всѣ мысли его направлены постоянно на злое. Никто не видѣлъ еще, чтобы онъ улыбался. Второй называется Джекъ, школьный учитель, который, однако, зоветъ самъ себя регистраторомъ, около 60 лѣтъ, высокаго и тощаго сложенія. Третье лицо есть сиръ Эрчи, 55 лѣтъ, въ сюртукѣ грязнаго цвѣта и въ панталонахъ, у которыхъ, по старой модѣ, пуговицы расположены между ногами, который постоянно говоритъ пошлыя, богохульныя рѣчи и притомъ на провинціальномъ діалектѣ. Четвертаго человѣка зовутъ Мидль-менъ, 57 лѣтъ, съ ястребиной физіономіей, безъ оспенныхъ знаковъ; онъ одѣтъ въ синій сюртукъ и въ плохой жилетъ и постоянно сидитъ тамъ, улыбаясь. Первая изъ женщинъ есть Августа, 36 лѣтъ, средняго роста, замѣчательна по рѣзкости чертъ лица. Она одѣта въ черное платье, точно купеческая жена изъ провинціи, волосы ея не напудрены. Вторая женщина Шарлотта, красивенькая брюнетка, похожа съ виду на француженку. Послѣдняя женщина совершенно необыкновенна: она, повидимому, не имѣетъ никакого христіанскаго имени, остальные ее зовутъ просто перчаточной женщиной, потому что она носитъ постоянно хлопчатобумажныя перчатки и это, какъ замѣчаетъ очень сухо сиръ Эрчи, съ той цѣлью, чтобы не замѣтили, что у нея чесотка.

Вліяніе, которое эти воображаемыя личности производятъ на больного при помощи особенной машины, которую онъ подробно описываетъ и рисуетъ, чрезвычайно разнообразно. Больной приводитъ множество этихъ различныхъ мукъ (галлюцинацій), называя ихъ собственными именами.

Задержаніе жидкости—перевязываніе волоконъ у корня языка, вслѣдствіе чего рѣчь его задерживается. Отдѣленіе души отъ чувства—распространеніе магнетическаго и притомъ свертывающагося тока, начиная отъ корня носа подъ основаніе мозга, подобно какому-то покрову, такъ что ощущенія сердца совершенно отрѣзываются отъ соображеній разсудка. Подниманіе змѣя—такъ, какъ мальчики заставляютъ подниматься бумажнаго змѣя, точно также эти злодѣи, при помощи своихъ чаръ, впускаютъ какое-нибудь особое представленіе въ мозгъ своей жертвы, которое затѣмъ нѣсколько часовъ движется взадъ и впередъ въ мозгу. Какъ ни желаетъ подпавшій такому нападенію человѣкъ отдѣлаться отъ навязаннаго ему представленія и перейти къ чему-нибудь другому, однако онъ не можетъ этого сдѣлать; онъ долженъ обратить все свое вниманіе, съ исключеніемъ всѣхъ прочихъ представленій, только на это, навязанное ему. При этомъ онъ, однако, все время сознаетъ, что представленіе это ему чуждо, что оно навязано ему снаружи. Связываніе — связываніе сужденія лица, подвергшагося нападенію, при обсужденіи своихъ мыслей. Лопаніе бомбы—одно изъ самыхъ страшныхъ вліяній. Находящаяся въ мозгу и въ нервахъ жизненная жидкость, паръ восходящій и нисходящій въ сосудахъ, газы въ желудкѣ и въ кишкахъ разрѣжаются до высочайшей степени и дѣлаются горючими, что причиняетъ чрезвычайно непріятное болѣзненное распучиваніе всего тѣла. Въ то время, какъ жертва страдаетъ подъ этимъ вліяніемъ, злодѣи выпускаютъ на нее сильные заряды электрической баттареи, которая служитъ имъ для своихъ вліяній, это ведетъ за собой страшное сотрясеніе и все тѣло разрывается. Въ головѣ происходитъ

страшный трескъ, и просто удивительно, какъ такое страшное сотрясеніе не ведетъ за собой моментальную смерть".

Во время сна Матьюса мучатъ, приготовляя ему сонъ: у злодѣевъ есть особенныя куклы различнаго рода и если они долгое время пристально посмотрятъ на нихъ, то могутъ затѣмъ бросить образъ этихъ фигуръ, во время сна, въ его душу и т. д.

Вещества которыя употребляетъ шайка для своихъ чаръ, весьма различны, по словамъ Матьюса—сѣменная жидкость мужчинъ и женщинъ, свитки мѣди, сѣры, пары купороса, царской водки, корня черемицы и воды; испражненія собакъ, человѣческіе газы, ядъ жабъ, пары мышьяка и такъ далѣе".

Въ описаніи Nasse, помѣщенномъ въ его старинной Zeitschrift f Psych 1818 г. существуетъ и рисунокъ машины, при помощи которой „вліяли„ на больного

Послѣднее описаніе представляетъ примѣръ систематизированнаго бреда, т. е такого, въ которомъ всѣ отдѣльныя части находятся въ строгой связи между собою, больной въ подробностяхъ опредѣляетъ взаимныя отношенія между собою всѣхъ лицъ и явленій, составляющихъ содержаніе бреда — Какъ я говорилъ, этого совсѣмъ нѣтъ въ бредѣ *несистематизированномъ,* въ которомъ наплывъ брѣдовыхъ идей совершается непослѣдовательно, иногда совершенно безсвязно

Бредъ безсвязный бываетъ большею частью полиморфнымъ, т. е. составленнымъ изъ нелѣпыхъ идей весьма разнородныхъ по содержанію.

Примѣромъ полиморфнаго бреда можетъ служить слѣдующее описаніе того, что испытывалъ больной, страдавшій остро развивающимся безсмысліемъ въ той разновидности, которая называется мною бредовою формою дизноіи. Больной въ то время, когда онъ описывалъ свое состояніе еще не пришелъ въ нормальное положеніе, а потому разсказъ его не достаточно связенъ, но эта безсвязность сама по себѣ составляетъ характерный признакъ болѣзни, при которой встрѣчается чаще всего полиморфный бредъ.

„Мнѣ казалось, говоритъ больной, что изобрѣтенъ былъ способъ дѣлать живыхъ людей: когда много людей погибло, то нужно было приготовить искусственныхъ: они правда были безъ мозговъ, но для работы годны. Всѣ императоры были сдѣланы изъ бумаги, набиты мукой Я тоже былъ двигателемъ новоизобрѣтенной электрической дороги или какого-то воздушнаго корабля. Меня захватили въ этотъ корабль, и я долженъ былъ имъ двигать и отъ моего движенія какъ будто зависѣла міровая жизнь: я остановлюсь и все должно рушиться всѣ города провалятся и произойдетъ ужасный переворотъ... Рѣшились, казалось, возобновить крѣпостное право въ Россіи. Мнѣ это было тяжело, но я соглашался, только бы меня выпустили. Казалось, что у меня три души лѣкарства казались чернилами и притомъ жгучими: пью и чувствую, что внутри все сгараетъ. Служителей принималъ за царственныхъ особъ... Франкмасоны все возводили меня въ Бога — Саваофа, это было очень скучно. За грѣхи опускали все ниже и ниже подъ землю и опустили въ самыя нижнія части ада. Предлагали вездѣсущество съ условіемъ раздробить голову въ двадцати мѣстахъ на 90 кусковъ. Служеніе Богу носило у нихъ какой-то шутовской характеръ. Главнымъ дѣйствующимъ лицомъ былъ Бивонсфильдъ, сатана безчеловѣчной науки .. Въ сосѣдней комнатѣ, казалось, мучаютъ людей; чувствовался запахъ труповъ, видѣлись и души въ видѣ маленькихъ людей Когда

я ходилъ по саду, слышалъ голоса, шопотъ сатаны: „не нуженъ, не нуженъ“ То я былъ Ванька Каинъ, то Гришка Отрепьевъ; вообще принималъ на себя гнусныя роли .. Я долженъ былъ быть разстрѣлянъ въ Римѣ, и тутъ началось разрушеніе міра: на итальянскомъ кораблѣ командывалъ будто сосѣдъ: тутъ же выдѣлывали чернокожихъ Абиссинцевъ; лишнихъ людей убивали . ужасный моментъ . мозги катились. были старые мозги настоящіе и воображаемые Итальянцы впрочемъ убивали кажущихся людей; но вдругъ убили настоящаго живого человѣка—драматическій моментъ Весь корабль, на которомъ мы были, представлялся въ видѣ древняго амфитеатра Я двоился какъ будто и вверху и внизу. Переправляли съ неба адъ—шествіе долгое... Стали питаться человѣческими изверженіями. Въ это время Егорьевскъ совпалъ съ Римомъ; весь міръ превратился въ шапо-клакъ, складывался .. Съ самаго верха въ Римъ спускались трубы, раскрывавшіяся съ трескомъ. Мнѣ какъ будто нужно было только извиниться и сыграть на скрипкѣ чтобы все опять пошло по старому . Былъ я и перпетуумъ мобиле .. Нѣсколько разъ попадалъ въ бѣдствія, но всегда поздно, потому что время шло не такъ: съ пришествія антихриста время должно вѣдь пойти назадъ—январь, декабрь, ноябрь и т д, а я не зналъ этого. . Среди всей этой борьбы провалился въ преисподнюю, а потомъ очутился наверху Все страшно перемѣнялось: стѣны удлинялись, расходились одна въ одну сторону, другая въ другую, столовая проваливалась, спальня тоже Сатана вселялся въ меня, чтобы жить иначе, также и Биконсфильдъ, также и вѣчный жидъ“, .

Легко видѣть, что у больного были одновременно и идеи превращенія, и посторонняго вліянія мистической силы, и идеи гибели, разрушенія, и величія, и грѣховности, и борьба съ какими-то врагами. На этомъ примѣрѣ можно также видѣть, какъ вплетаются въ бредъ воспоминанія о различныхъ историческихъ событіяхъ и впечатлѣнія текущей жизни: передъ заболѣваніемъ больного въ газетахъ много писалось о войнѣ итальянцевъ въ Абиссиніи, и потому итальянцы играли видную роль въ безсвязномъ бредѣ.

Чтобы закончить изложеніе того, что относится къ бреду и вообще къ бредовымъ идеямъ, я долженъ коснуться еще нѣкоторыхъ явленій, близкихъ по своему характеру къ бредовымъ, но которыя встрѣчаются у лицъ совершенно нормальныхъ. Я имѣю здѣсь въ виду не тѣ ложныя идеи, которыя являются вслѣдствіе заблужденій у многихъ совершенно нормальныхъ лицъ, но которыя по своему происхожденію на столько отличаются отъ бредовыхъ идей, что не подаютъ обыкновенно повода къ смѣшенію при сколько-нибудь внимательномъ анализѣ: я имѣю въ виду тѣ явленія, которыя хотя встрѣчаются и у совершенно здоровыхъ лицъ, но по своему происхожденію аналогичны бредовымъ. Сюда относятся ложныя идеи, являющіяся у лицъ загипнотизированныхъ, подъ вліяніемъ внушенія, а также сонныя грезы нормально спящихъ людей

Какъ извѣстно, внушеніемъ можно заставить человѣка имѣть идеи, несоотвѣтствующія дѣйствительности; можно загипнотизированному или вообще лицу, легко поддающемуся тому, что въ спеціальномъ смыслѣ этого слова называется „внушеніемъ“, внушить различныя ложныя представленія какъ о себѣ,

такъ и окружающихъ; можно, напр., заставить считать, что на одномъ изъ клочковъ бумаги нарисованъ чей-нибудь портретъ, можно заставить считать кого-либо изъ присутствующихъ врагомъ, имѣющимъ какое-нибудь злобное намѣреніе, можно внушить, что загипнотизированный находится въ другой обстановкѣ, въ саду вмѣсто комнаты, можно, наконецъ, внушить, что и самъ экспериментируемый не то лицо, какое онъ на самомъ дѣлѣ. Внушенія могутъ дѣлаться или словесныя, или помощью приданія человѣку находящемуся въ гипнотическомъ состояніи какой нибудь позы (во время такъ наз. каталептическаго періода) [1]). Придавая загипнотизированному молитвенную позу, можно вызывать у человѣка представленія и эмоціи религіознаго характера. Особа, которой д-ръ Азамъ сложилъ руки такъ, какъ складываютъ ихъ на молитвѣ, черезъ нѣсколько времени на поставленный ей вопросъ, отвѣтила, что она молится, присутствуя на религіозной церемоніи. Заставляя вытянуть руку и сжать кулакъ и наклоняя при этомъ немного голову впередъ, можно вызвать представленіе о враждебномъ нападеніи, и экспериментируемый можетъ броситься на воображаемаго врага. Нѣтъ сомнѣнія, что при этихъ состояніяхъ бываютъ и обманы чувствъ и ложныя идеи, совершенно аналогичныя бредовымъ идеямъ.

Разница между бредовыми идеями при гипнозѣ и бредовыми идеями при душевныхъ болѣзняхъ, конечно, существуетъ и именно по-стольку, по-скольку гипнозъ, какъ хотя искусственное, но физіологическое состояніе отличается отъ состоянія болѣзненнаго. Въ большинствѣ случаевъ поэтому гипнотическія ложныя идеи бываютъ далеко не такъ стойки и не воспринимаются личностью человѣка съ такой непреложной увѣренностью, какъ бредъ больныхъ. Хотя несомнѣнно, что нѣкоторыя изъ внушенныхъ идей внѣдряются въ сознаніе больныхъ и овладѣваютъ ими, но это всетаки большею частью такія, которыя въ основѣ своей имѣютъ что-нибудь возможное и допустимое сознаніемъ и міровоззрѣніемъ даннаго субъекта, чему онъ вообще могъ бы повѣрить какъ часто вѣритъ и вполнѣ здоровый человѣкъ, если ему говорятъ авторитетно и если его критика парализуется или отвлеченіемъ вниманія, или какой-нибудь эмоціей. Но если же внушаемое представленіе совершенно невѣроятно и невозможно по міросозерцанію лица, которому дѣлаютъ внушеніе, или совершенно противорѣчитъ всѣмъ правиламъ и основнымъ свойствамъ его личности, то оно не внѣдряется въ сознаніе, какъ собственное убѣжденіе а носитъ характеръ совсѣмъ иной; такъ, если женщинѣ, находящейся въ состояніи гипноза, внушить, что она мужчина и гусаръ, то, пожалуй, она станетъ изображать изъ себя гусара, будетъ крутить воображаемый усъ, дѣлать соотвѣтствующую ея представленію о гусарѣ физіономію и принимать воинственную позу,—но все это будетъ носить очевидный характеръ театральности, —правда безсознательной. Впрочемъ ложныя идеи, являющіяся у загипнотизированныхъ, различаются и въ зависимости отъ того, на сколько ясность сознанія вообще нарушена у экспериментируемаго. При глубокомъ гипнотическомъ снѣ онѣ могутъ ничѣмъ не разниться отъ сонныхъ грезъ обыкновеннаго физіологическаго сна.

---

[1]) Я не касаюсь здѣсь многихъ подробностей, полагая, что изученіе гипнотическихъ явленій составляетъ предметъ особаго курса. Какъ справочная книга по гипнотизму можетъ быть указана на русскомъ языкѣ Молль „Гипнотизмъ."

Что касается до сновидѣній при обыкновенномъ снѣ [1]), то онѣ тоже имѣютъ много сходства съ бредовыми идеями. Всякому извѣстно, что во время сновидѣній сознаніе заполняется совершенно ложными, несоотвѣтствующими дѣйствительности, идеями. Сочетаніе сновидѣній часто совершенно противорѣчитъ возможности и въ то-же время они воспринимаются нами въ состояніи сна, какъ нѣчто вполнѣ реальное и возможное: во снѣ мы не удивляемся, когда видимъ лицъ давно умершихъ, переносимся въ отдаленные края, испытываемъ совершенно невѣроятныя приключенія. Правда, проснувшись, мы въ большинствѣ случаевъ освобождаемся отъ ложныхъ представленій и быстро распознаемъ ихъ отъ дѣйствительности, но во время сна, а иногда и въ состояніи переходномъ отъ сна къ бодрствованію принимаемъ ихъ за явленія реальныя. Несомнѣнно поэтому, что образованіе ложныхъ идей во время нормальнаго сна обусловливается тѣмъ физіологическимъ процессомъ, который происходитъ въ нервныхъ центрахъ во время этого состоянія и находится въ зависимости отъ неравномѣрнаго распредѣленія дѣятельнаго состоянія въ различныхъ отдѣлахъ нервныхъ элементовъ, служащихъ органами психической дѣятельности. Повидимому, въ состояніи глубокаго сна сновидѣній не бываетъ вовсе, такъ какъ психическая дѣятельность равномѣрно понижается до очень низкаго уровня: но при неглубокомъ снѣ возбуждается дѣятельность въ нѣкоторыхъ элементахъ мозговой коры, вслѣдствіе чего и начинается процессъ идеаціи. При этомъ однако многіе отдѣлы центровъ коры еще не функціонируютъ въ достаточной мѣрѣ, вслѣдствіе чего гармонія душевной жизни нарушается — въ результатѣ чего и является смутное состояніе сознанія, обманчивое восприятіе внѣшнихъ впечатлѣній, пассивное подчиненіе автоматическому сочетанію представленій; произвольные акты при этомъ не существуютъ, высшія направляющія функціи ума почти бездѣйствуютъ: высшія чувствованія, какъ нравственныя, логическія, эстетическія почти не возбуждаются, — вслѣдствіе чего при сновидѣніяхъ мы не испытываемъ чувства противорѣчія съ истиной, если даже намъ видится крайняя несообразность, не испытываемъ упрековъ совѣсти, если даже видимъ во снѣ, что совершаемъ преступленія, между тѣмъ какъ эмоціи низшаго порядка, какъ страхъ, довольно часто охватываютъ насъ и во снѣ. Вслѣдствіе неправильной, идущей скачками смѣнѣ идей, сочетанія являются часто совершенно безпорядочныя и очень быстро смѣняются; повидимому, рядомъ съ ложными идеями при этомъ бываютъ и явленія, относящіяся къ обманамъ чувствъ (чаще всего псевдо-галлюцинаціи зрительнаго содержанія). Изъ комбинаціи ложныхъ идей и псевдогаллюцинацій большею частью и образуются сновидѣнія. Содержаніе сновидѣній черпается обыкновенно изъ репродукцій, главнымъ образомъ изъ слѣдовъ тѣхъ впечатлѣній, которыя мы имѣли въ ближайшее время, или тѣхъ, которыя насъ особенно тревожили и изъ впечатлѣній, дѣйствующихъ на насъ во время сна. Послѣднія имѣютъ несомнѣнное вліяніе на содержаніе нашихъ сновидѣній. Всѣмъ извѣстно, что охлажденіе ногъ во время сна можетъ вызвать сновидѣніе въ формѣ купанья или нахожденія въ степи, среди снѣга и т. п. Мори, въ своей интересной книгѣ „Сонъ и сновидѣнія" разсказываетъ слѣдующее: *„Я былъ нездоровъ* и лежалъ въ своей комнатѣ.

[1]) Справочныя книги: Мори „Сонъ и сновидѣнія" Москва 1867. Симонъ: „Міръ грезъ" СПБ. 1890. М. М. Манассеина „Сонъ, какъ треть жизни человѣка".

Около меня сидѣла мать Вдругъ я вижу во снѣ терроръ Я присутствую при сценахъ убійства, предстаю предъ революціонный трибуналъ, вижу Робеспьера, Марата, Фукье-Тенвилля, — вижу самыя ужасныя личности этого страшнаго времени, спорю съ ними. Наконецъ, послѣ происшествій, о которыхъ помню лишь смутно, я вижу, что я былъ судимъ, приговоренъ къ смерти, и что меня везутъ на колесницѣ при огромномъ стеченіи народа на площадь Революціи Я вхожу на эшафотъ: палачъ привязываетъ меня къ роковой доскѣ, раскачиваетъ ее,—и топоръ падаетъ Я чувствую, что моя голова отдѣлилась отъ туловища, просыпаюсь въ страшной тоскѣ и вижу, что у меня на шеѣ стрѣлка отъ кровати, которая неожиданно оторвалась и упала мнѣ на шейные позвонки, совершенно какъ топоръ гильотины По словамъ моей матери,—это случилось въ ту же минуту, какъ я проснулся,—а между тѣмъ это внѣшнее впечатлѣніе послужило исходнымъ началомъ сновидѣнія, состоящаго изъ столь многихъ происшествій. Въ ту минуту, когда на меня упала стрѣлка, мысль объ ужасной машинѣ,—на которую въ этомъ случаѣ стрѣлка весьма походила,—пробудила во мнѣ воспоминаніе объ образахъ, принадлежащихъ той эпохѣ, символомъ которой была гильотина“

Этотъ примѣръ свидѣтельствуетъ не только о зависимости сновидѣній отъ внѣшнихъ впечатлѣній, но и о быстротѣ, съ которой они развиваются. достаточно было одного мгновенія, чтобы явилась цѣлая сложная картина, при чемъ нѣкоторыя части этой картины отнесены были ко времени, какъ бы предшествующему тому ощущенію, которое вызвало грезу.

Зависимость сновидѣній отъ дѣйствующихъ на соннаго впечатлѣній доказывается многочисленными опытами изъ которыхъ я приведу нѣкоторые, принадлежащіе тому же Мори:

„Мнѣ послѣдовательно щекотали потомъ губы и кончикъ носа. И я видѣлъ во снѣ, что былъ подвергаемъ страшной пыткѣ, что мнѣ надѣли на лицо смоляную маску и потомъ быстро сорвали ее вмѣстѣ съ кожей губъ, носа и лица На нѣкоторомъ разстояніи отъ моего уха по металлическимъ щипчикамъ водили стальными ножницами, и я видѣлъ во снѣ, что слышу звонъ колоколовъ, потомъ этотъ звонъ вдругъ превратился въ набатъ, и мнѣ казалось, что это во время іюльскихъ дней 1848 года. Мнѣ дали понюхать одеколону, и я вижу во снѣ, что нахожусь въ косметической лавкѣ Идея о благовоніяхъ затѣмъ пробуждаетъ во мнѣ идею о востокѣ, и вотъ я въ Каирѣ, въ магазинѣ Жана Фарина. Мнѣ слегка щиплютъ затылокъ, и я вижу во снѣ, что мнѣ ставятъ мушку, а это пробуждаетъ во мнѣ воспоминаніе о докторѣ, лѣчившемъ меня въ дѣтствѣ. Передъ моими глазами пронесли нѣсколько разъ свѣчу, закрытую красной бумагой, и вотъ я вижу грозу, молнію, и воспоминаніе о страшной бурѣ, вынесенной мною въ Ламаншѣ на пути изъ Морле въ Гавръ, дѣлается сюжетомъ моего сновидѣнія“.

Сновидѣнія зависятъ однако не только отъ впечатлѣній, дѣйствующихъ во время сна, но и отъ тѣхъ измѣненій въ самочувствіи, которыя бываютъ подъ вліяніемъ различныхъ причинъ въ насъ самихъ, а также отъ впечатлѣній сильно подѣйствовавшихъ на насъ событій

Такъ извѣстно, что при началѣ многихъ болѣзней нѣкоторыя люди имѣютъ опредѣленныя сновидѣнія: то что они идутъ по водѣ, по дождю, промачиваютъ ноги; повидимому, это находится въ связи съ охлажденіемъ ногъ, предшеству-

ющихъ появленію лихорадки. Такого рода сновидѣнія имѣютъ иногда характеръ предвѣстниковъ болѣзни.

Аналогично объясняются и нѣкоторые другіе „вѣщіе сны“. Одинъ извѣстный химикъ разсказывалъ мнѣ такой случай. Проработавъ вечеръ въ лабороторіи, онъ вернулся домой, легъ спать и быстро заснулъ. Во снѣ онъ видитъ, что горитъ лабороторія; сновидѣніе взволновало его, онъ проснулся и вспомнилъ, что оставилъ непогашенную свѣчу близъ окна Онъ бросился въ лабораторію и пришелъ какъ разъ въ то время когда свѣча, догорая, горѣла сильнымъ пламенемъ вмѣстѣ съ бумагой не вдалекѣ отъ занавѣски — Если бы случился пожаръ, то это было бы принято за вѣщее сновидѣніе, а въ дѣйствительности дѣло было по всей вѣроятности такъ, что воспоминаніе о непотушенной свѣчѣ, хотя и не сознаваемое, вызывало въ душѣ моего знакомаго тревожное ощущеніе чего-то недоконченнаго, не выполненнаго; во снѣ, когда другія мысли заглохли, это тревожное чувство вызвало болѣе живое представленіе, за которымъ по ассоціаціи и возникла идея о пожарѣ, въ свою очередь настолько усилившая эмоцію, что она вызвала пробужденіе

Изо всего сказаннаго видно, что сонныя грезы въ значительной степени сходны съ бредовымъ состояніемъ душевно-больного Но, конечно, громадная разница существуетъ между сномъ и безуміемъ по сущности процесса, лежащаго въ основѣ того и другого состоянія: въ нормальномъ снѣ мы имѣемъ дѣло съ временнымъ покоемъ, а въ болѣзни—съ параличемъ нѣкоторыхъ отдѣловъ нервно-психическаго органа и съ разстройствомъ координаціи въ другихъ. По субъективной-же оцѣнкѣ оба эти состоянія представляютъ очень большое сходство „Вообще, пишетъ В. Х. Кандинскій, имѣвшій, какъ я сказалъ выше, несчастіе перенести душевную болѣзнь,—состоянія сна и бдѣнія у галлюцинирующаго больного рѣзкаго отличія между собою не представляютъ; съ одной стороны грезы настолько живы, что больной, такъ сказать, бодрствуетъ во снѣ, а съ другой стороны галлюцинаціи бодрственнаго состоянія такъ причудливы и разнообразны, что можно сказать — больной грезитъ наяву. Сновидѣнія мои во время болѣзни часто не отличались по живости отъ переживаемаго въ дѣйствительности и иногда, вспомнивъ черезъ нѣсколько дней видѣнное во снѣ, я не иначе, какъ путемъ длинныхъ и окольныхъ разсужденій могъ рѣшить, имѣло-ли мѣсто вспоминавшееся въ дѣйствительности, или только во снѣ“.

2. Разстройства въ сознаніи.

Сознательнымъ называется такое состояніе человѣка, въ которомъ онъ можетъ отдавать отчетъ въ своихъ мысляхъ, чувствахъ и актахъ. Какъ мы уже говорили не всегда психическая дѣятельность человѣка сознательна. Значительная часть психической дѣятельности совершается въ безсознательной сферѣ, въ сферѣ автоматической безсознательной идеаціи, и мы узнаемъ только окончательные результаты работы, совершающейся безсознательно. Но и сознательные акты не всегда обладаютъ въ одинаковой степени сознательностью. Мы уже знаемъ, что

можетъ быть ясное и неясное сознаніе. Обыкновенно то, что попадаетъ въ сферу нашего вниманія, то сознается ясно; то же, на что мы не обращаемъ вниманія, сознается не достаточно ясно. Возможность сознательности психическихъ актовъ далеко не всегда одинакова и въ здоровомъ состояніи Такъ мы знаемъ, что сознаніе затемняется при долгой работѣ и почти совершенно прекращается во снѣ. Мы видѣли также, что сознаніе находится въ зависимости отъ интенсивности того химическаго процесса, который лежитъ въ основѣ психическихъ актовъ; благодаря большей интенсивности этихъ процессовъ, и обусловленные ими психическіе акты пріобрѣтаютъ бóльшую напряженность и переходятъ черезъ порогъ сознательности. Наконецъ, мы видѣли, что для правильности сознанія необходима правильная, руководимая направляющею силою ума, ассоціація представленій, а также достаточная смѣна ощущеній и вообще смѣна душевныхъ состояній.

Такимъ образомъ, для правильности сознанія необходимы многія условія, и потому понятно, что въ болѣзненныхъ состояніяхъ, а также подъ вліяніемъ различныхъ ядовъ, (наприм., алкоголя, хлороформа, опія), вліяющихъ на головной мозгъ, сознаніе разстраивается чрезвычайно рѣзко.

Чтобы имѣть понятіе о томъ, что бываетъ, когда сознаніе разстраивается, интересно отмѣтить то, что было замѣчено, посредствомъ самонаблюденія, извѣстнымъ физіологомъ, профессоромъ А. А. Герценомъ. Онъ въ одинъ періодъ своей жизни имѣлъ обмороки. Обморокъ есть безсознательное состояніе. При возвращеніи изъ обморочнаго состоянія къ сознанію, по словамъ Герцена, можно наблюдать различныя фазы, которыя могутъ служить типами и для тѣхъ разстройствъ сознанія, которыя наблюдаются у больныхъ.

Въ первой фазѣ, по словамъ Герцена, есть только крайне смутное ***сознаніе существованія***. Въ слѣдующую фазу сознаются ***представленія***, но ***въ хаотическомъ безпорядкѣ***, такъ что нельзя рѣшить, принадлежатъ-ли эти представленія внѣшнему или внутреннему міру. „Я" и „не я" въ этомъ періодѣ не существуютъ. Въ 3-ей фазѣ уже ***сознается „я" и „не я"***, — сознается, что принадлежитъ ***мнѣ,*** что внѣшнему міру, но нѣтъ никакихъ другихъ отношеній предметовъ, нѣтъ причинъ и слѣдствій, нѣтъ зависимости. Только въ 4-й фазѣ является въ сознаніи вопросъ: ***„почему"***, и становятся возможны объясненія взаимнаго отношенія явленій между собою.

Вотъ какъ описываетъ Герценъ испытанныя имъ состоянія: [1]).

„Въ моментъ глубокаго обморока всякое сознаніе совершенно отсутствуетъ, наступаетъ абсолютное психическое небытіе; но вотъ обморокъ ослабѣваетъ: на

---

[1]) Alexandre Herzen Le cerveau et l'activité cérébrale Paris 1887 Стр. 236

фонѣ безсознательнаго начинаетъ выступать нѣчто Прежде всего появляется какое-то неопредѣленное, смутное чувство, чувство бытія вообще, не имѣющее никакого отношенія къ индивидуальности субъекта, безъ всякаго различенія „я“ отъ внѣшняго міра. Въ этотъ моментъ субъектъ проявляетъ только безличное сознаніе; при этомъ можетъ быть чувство пріятное если при обморокѣ нѣтъ условій для боли; но оно можетъ быть и очень непріятное, если есть боль: это единственное возможное различіе; есть ощущеніе жизни и довольства или ощущеніе жизни и страданія безъ знанія, чѣмъ обусловливается и страданіе, и довольство. Много фактовъ указываютъ, что въ этой фазѣ рефлексы спинного мозга уже существуютъ, но головные центры еще не могутъ функціонировать. На основаніи этого наблюденія я полагаю, что спинной мозгъ, моментально отдѣленный отъ головного при обезглавленіи, находится въ состояніи этой элементарной формы сознанія, безъ способности локализаціи, безъ знанія различныхъ частей своего „я“, ни самаго этого „я“, съ способностью лишь къ безличному смутному, разлитому сознанію“...

„Среди хаоса первой фазы, которая характеризуется такою формою смутнаго безличнаго сознанія, безъ слѣда способности къ локализаціи, вырисовываются мало-по-малу кое-какія темныя и неопредѣленныя различія; человѣкъ начинаетъ слышать и видѣть; но что очень любопытно, кажется, что и звуки, и цвѣта рождаются внутри самого субъекта, безъ малѣйшаго представленія объ ихъ происхожденіи извнѣ; мало того, нѣтъ никакой связи между различными звуками и различными цвѣтами, каждое изъ ощущеній чувствуется изолированно; въ результатѣ этого является невыразимая спутанность, соединенная съ настоящимъ оцѣпенѣніемъ индивидуума Въ этотъ моментъ сенсоріальные узлы вернулись къ состоянію чувствительности, но они возбудимы только для впечатлѣній, исходящихъ прямо извнѣ каждое въ отдѣльности; межузловая дѣятельность еще не возстановилась и отдѣльныя ощущенія не входятъ въ сочетанія между собою; отсюда и происходитъ полное отсутствіе локализаціи, различенія себя и не-себя, и способности переносить представленія во внѣшній міръ; въ этомъ состояніи имѣются такъ сказать безсмысленныя ощущенія т. е. такія, которыя остаются изолированными и могутъ быть лишь ощущаемы, но не узнаваемы.

Послѣ этого возстановляются рефлексы межузловые: ихъ дѣятельность обнаруживается въ появленіи того, что называется sensorium commune; различныя ощущенія начинаютъ выплывать одно вслѣдъ за другимъ и мало-по малу опредѣляются, локализуются, въ результатѣ чего является сознаніе своего „я“, какъ чего-то единаго; но сначала это сознаніе есть только крайне не сложное ощущеніе, которому соотвѣтствуетъ сознаніе себя, какъ чисто органической единицы субъекта, причемъ представленіе объ отношеніи къ окружающему совершенно отсутствуетъ Въ этой фазѣ пробужденія я чувствовалъ ясно, что это я, и что мои ощущенія слуховыя и зрительныя происходятъ отъ предметовъ, которые не составляютъ части меня: но я не понималъ, что происходитъ и что произошло: почему я здѣсь, распростертый на землѣ или на софѣ, зачѣмъ присутствующіе окружаютъ меня, растегиваютъ мнѣ воротъ рубашки и смачиваютъ мнѣ лицо холодной водой.

Всѣ представленія послѣдняго рода гораздо болѣе сложны, они болѣе высшаго порядка и могутъ явиться лишь въ результатѣ содружественной работы корковыхъ центровъ: они не могутъ появиться безъ полнаго возстанов-

ленія этихъ центровъ, которые первые поражаются и послѣдніе возстановляются въ своей функціи

Черезъ нѣсколько времени, черезъ промежутокъ времени весьма различный но всегда замѣтный,— промежутокъ безсмыслія, которое было описано, —питаніе корковыхъ центровъ возстановляется, и они вдругъ начинаютъ функціонировать. Въ одинъ моментъ умъ пронизывается какъ молніею мыслью: „А, это снова обморокъ". Съ этого момента разумъ вполнѣ возстановляется, схватываетъ положеніе вещей и сложныя соотношенія между ними и теченіе мысли принимаетъ направленіе, прерванное разстройствомъ мозгового питанія"

Такія явленія постепеннаго возстановленія сознанія послѣ обморока находятся, по всей вѣроятности, въ зависимости отъ измѣненія интенсивности физіологическихъ процессовъ, которые лежатъ въ основѣ психическихъ функцій: при слабой интенсивности этихъ процессовъ и психическія явленія не могутъ подыматься до порога сознанія; при болѣе сильной—нѣкоторыя поднимаются, тогда какъ другія стоятъ ниже этого порога; и по мѣрѣ увеличенія интенсивности физіологическихъ процессовъ все бо̀льшее и бо̀льшее число актовъ нашей психики пріобрѣтаютъ такое напряженіе, что достигаютъ порога сознанія, соотвѣтственно чему и то, что мы называемъ сознаніемъ, дѣлается все болѣе и болѣе ясно. Въ свою очередь измѣненіе интенсивности физіологическихъ процессовъ находится въ зависимости отъ состоянія питанія нервныхъ, въ частности корковыхъ элементовъ, зависящаго какъ отъ количества притекаемой крови, такъ и отъ вліянія на нервную систему различныхъ ядовъ.

Явленія, которыя наблюдались Герценомъ, могутъ быть для насъ типомъ тѣхъ явленій, которыя наблюдаются въ сознаніи при уменьшеніи ***напряженности*** психофизіологическихъ процессовъ и зависящемъ отъ этого удаленіи обусловливаемыхъ ими психическихъ актовъ отъ „порога" сознательности.

У душевно-больныхъ мы встрѣчаемъ аналогичныя явленія упадка сознанія въ различныхъ степеняхъ съ тою разницею, что состоянія, аналогичныя тѣмъ, которыя въ наблюденіяхъ Герцена продолжались минуты и секунды, тутъ продолжаются недѣли и мѣсяцы. У душевно-больныхъ можетъ быть и полное безсознательное состояніе, и различные переходы къ ясному сознанію—то въ формѣ простого чувствованія существованія, то въ формѣ хаотическаго сознанія, то въ формѣ смутнаго сознанія различія себя и внѣшняго міра, то, наконецъ, въ формѣ различныхъ степеней сознаванія взаимнаго отношенія внѣшнихъ явленій между собою. Наблюдая эти явленія у постели больного, врачи дали нѣкоторымъ формамъ разстройства сознанія особыя названія.

Такъ состояніе болѣе или менѣе полной потери сознанія называется коматознымъ (**coma**). Если при этомъ нельзя вывести боль-

ного изъ безсознательнаго состоянія, то это состояніе называется **carus**. Если какимъ-нибудь сильнымъ раздраженіемъ можно вывести больного изъ безсознательнаго состоянія, то это называется **сопорознымъ состояніемъ (sopor)**. Если больной находится какъ бы въ тяжеломъ снѣ, на зовъ открываетъ глаза, но сейчасъ же ихъ закрываетъ, бормочетъ что-то про себя, то это называется **somnolentia**, спячка. Если къ коматозному состоянію присоединяется бредъ, то это называется **coma vigil**.—Быстро наступающее и обыкновенно скоро проходящее прекращеніе сознанія носитъ названіе обморока.

Эти явленія наблюдаются, впрочемъ, чаще въ клиникѣ нервныхъ и внутреннихъ болѣзней, чѣмъ въ больницахъ психіатрическихъ. Однако и у душевно-больныхъ наблюдаются болѣе или менѣе глубокія явленія потери сознанія, большею частью въ видѣ инсультовъ или припадковъ, такъ, напр., при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, старческомъ слабоуміи, сифилисѣ мозга и другихъ органическихъ психозахъ; также при алкоголизмѣ, истеріи и эпилептическомъ помѣшательствѣ. Но во всякомъ случаѣ значительно чаще въ психіатрическихъ больницахъ наблюдаются сравнительно болѣе слабыя формы паденія сознанія, извѣстныя подъ названіемъ помраченія сознанія. Степень помраченія сознанія при душевныхъ болѣзняхъ бываетъ весьма различна. Въ нѣкоторыхъ формахъ сознаніе бываетъ настолько же ясно, какъ у нормальнаго, бодрствующаго человѣка; въ другихъ же случаяхъ оно болѣе или менѣе значительно затемнено.

Въ случаяхъ болѣе или менѣе значительнаго разстройства сознанія замѣчается въ большей или меньшей степени потеря способности отдавать отчетъ въ воспріятіяхъ, потеря способности отдавать отчетъ въ происходящемъ, или потеря способности оріентироваться. Такъ, нѣкоторые больные не отдаютъ себѣ отчета въ томъ, гдѣ они находятся, не отдаютъ ясно отчета въ мѣстѣ и времени, но узнаютъ окружающихъ ихъ людей; другіе не узнаютъ и окружающихъ людей, но могутъ немного оріентироваться въ томъ мѣстѣ, гдѣ живутъ, знаютъ свою комнату, свою постель, сознаютъ необходимость чистоплотности. Третьи, наконецъ, совсѣмъ не могутъ оріентироваться, не знаютъ ни постели, ни комнаты, не соблюдаютъ никакихъ приличій, испражняются подъ себя и т. п. По этимъ признакамъ, т.-е. и по количеству воспріятій, и по категоріи явленій, среди которыхъ больной способенъ оріентироваться, и можно опредѣлить степень большей или меньшей ясности сознанія.

Изъ различныхъ состояній разстроеннаго сознанія у душевно-больныхъ нужно отмѣтить:

1) **сноподобное, или сновидное состоянiе сознанiя.** Подобно тому какъ во снѣ значительно уменьшается доступъ къ сознанiю для внѣшнихъ воспрiятiй, а внутри продолжается иногда дѣятельная, хотя и не правильная работа репродукцiй (воспоминанiй) въ формѣ очень причудливыхъ сновидѣнiй, — такъ и у душевно-больныхъ можетъ существовать иногда только крайне смутное воспрiятiе окружающаго, и вся душевная дѣятельность сводится на малосвязное сочетанiе репродукцiй частью между собою, частью съ смутными изолированными воспрiятiями изъ внѣшняго мiра.

Одинъ больной, интеллигентный человѣкъ[1]), еще не вышедшiй изъ такого состоянiя, но начинавшiй уже поправляться, говорилъ такъ о томъ, что онъ испытываетъ. „Конечно, чрезвычайно непрiятное положенiе. . и видишь и не видишь. видишь такъ, а выходитъ иначе... Лежишь какъ будто на постели. а выходитъ что нѣтъ... что въ какомъ-то люкѣ корабля... да и корабль то воздушный съ приспособленiями. То поднимаешься, то опускаешься... и говорятъ: отъ тебя—спасенiе мiра .. Вотъ эта комната — какъ будто это и клиника .. а въ сущности здѣсь есть проходъ въ Задонскъ.. въ одно время и Задонскъ и Моськва Москва, да не та, а искуственная; настоящая то можетъ быть давно уже провалилась, потому что города, и столицы, и все проваливалось постоянно. А стоило только повернуться и шевельнуть ногой или рукой, чтобы провалы прекратились.. Ну и стараешься, встаешь, бѣжишь, а эти—ихъ называютъ служителя—удерживаютъ, происходитъ, очевидно, борьба. потому что они, впрочемъ. „такъ называемые“ служителя .. Они тоже искусственные .. искусственныхъ людей много сдѣлалось .. настоящiе то провалились, такъ нужно же мiръ населить. вотъ искусственные... въ родѣ говорящихъ куколъ. У меня вѣдь тоже горло совсѣмъ не мое, а искусственное. . въ родѣ машины, заряженной электричествомъ, которая все должна двигать... ужасную чувствуешь силу... и вотъ при этомъ-то внушаютъ: пляши.. и пляшешь—противъ желанiя пляшешь. . Священникъ входитъ—ну мнѣ такихъ, говоритъ, не надо.. здѣсь мнѣ дѣла нѣтъ Все какiе-то франкмасоны, да жиды—соберутся .. тутъ у нихъ все, и знаки, и говорятъ мы боги „Iеговы“ .. и начинается итальянское путешествiе.. а чувствуешь у самого вмѣсто глаза репеи, —какъ въ сказкѣ про сатану: далъ понюхать дроби, а вмѣсто глаза репей и выросъ... Превращенiя ужасныя Представьте: я отецъ кошки .. сажусь на тронъ славы, испускаю духъ и двухъ котовъ“...

Иной разъ среди такого рода безпорядочныхъ сочетанiй являются какiя-нибудь сужденiя, чрезвычайно волнующiя больного, какъ при

[1]) Наблюденiе касается того же самаго больного, описанiе бреда котораго приведено на стр. 200 Приводимое сейчасъ описанiе записано со словъ больного при окончанiи другого приступа спутанности, повторившагося черезъ годъ послѣ приступа, къ которому относится запись на стр 200—201.

Сравнивъ два описанiя, легко убѣдиться въ сходствѣ бредовыхъ идей: это очень характерно для случаевъ перiодическаго помѣшательства, которымъ больной страдалъ

кошмарѣ. Иногда они вызываютъ въ больномъ дикія побужденія, подъ вліяніемъ которыхъ онъ набрасывается, какъ звѣрь, на окружающихъ, разрушаетъ все, что попадается подъ руки, можетъ совершить убійство и, пришедши въ себя, рѣшительно не помнитъ, что было. Это состояніе сознанія бываетъ при остромъ галлюцинаторномъ помѣшательствѣ или остро—развивающемся безсмысліи (**dysnoia, amentia Meynerti** и особенно часто при помѣшательствѣ, соединенномъ съ эпилепсіею (падучею болѣзнью), и при, такъ называемой, скоропреходящей маніи (**mania transitoria**), при которой состояніе сноподобнаго состоянія сознанія развивается чрезвычайно быстро, подчасъ совершенно неожиданно, достигаетъ очень большой степени и черезъ нѣсколько часовъ, много черезъ сутки,—также быстро проходитъ.

Степень подавленія сознанія при сноподобномъ состояніи бываетъ не всегда одинакова. Самая сильная степень подавленія бываетъ у больныхъ, представляющихъ картину того состоянія, которое называется оцѣпенѣніемъ или **ступоромъ**. При ступорѣ сознаніе падаетъ чрезвычайно низко. Больной крайне смутно отдаетъ себѣ отчетъ въ окружающемъ. Онъ почти не воспринимаетъ внѣшнихъ впечатлѣній; смѣна представленій совершается крайне вяло, или почти не совершается. Возникающія представленія крайне отрывочны, почти не связываются между собою, хотя бы фантастичною нитью, не осмышляются даже въ минимальной степени. Душевная чувствительность крайне подавлена, двигательная реакція тоже. Больной большею частью неподвиженъ, лицо выражаетъ отупѣніе; губы опущены, изо рта течетъ слюна. Если больного не кормить, онъ не станетъ ѣсть и можетъ умереть съ голоду. Не поднимутъ его,—онъ будетъ сидѣть цѣлые дни и ночи на одномъ мѣстѣ, мочась подъ себя и не представляя никакой реакціи на ощущеніе нечистоты. Это состояніе особенно часто при такъ называемомъ, первичномъ излѣчимомъ слабоуміи или ступорозной формѣ безсмыслія.

Болѣе слабую форму сноподобнаго состоянія сознанія составляетъ такъ называемое **просоночное сознаніе (или сумеречное, туманное)**. При этомъ состояніи внѣшнія воспріятія достигаютъ сознанія, но не всѣ съ одинаковой ясностью: одни ясно, другія не достаточно ясно. Они вступаютъ въ причудливую связь между собою и съ воспроизведеніями (образами воспоминаній), вслѣдствіе чего является невѣрное и не совсѣмъ отчетливое сознаваніе окружающаго. Больной поэтому поражаетъ несоотвѣтствующими обстоятельствамъ фразами, нецѣлесообразными дѣйствіями, хотя и знаетъ каждый предметъ, который около него находится, но знаетъ не такъ, какъ въ состояніи вполнѣ яснаго сознанія

Хотя онъ воспринимаетъ окружающее, но или совсѣмъ извращенно, признавая въ окружающихъ не тѣхъ лицъ, кто они на самомъ дѣлѣ, или съ какимъ-то особымъ оттѣнкомъ неопредѣленности, неясности; вслѣдствіе этого окружающее ему кажется чѣмъ-то необычнымъ, страннымъ, какъ будто измѣненнымъ силою волшебства, или подернутымъ пеленою сна. „Все сонъ, все сонъ“, говорила постоянно одна больная, много мѣсяцевъ испытывавшая это состояніе. „И вы сонъ, и студенты сонъ... какое-то подражаніе дѣйствительности... какъ будто вы, а на самомъ дѣлѣ нѣтъ... сейчасъ исчезнете... все, все—Сонъ Дремовичъ. Ради Бога выведите меня изъ этого состоянія... да что я прошу, вѣдь вы не можете... вы сонное видѣніе и все, всё....“ Подобное состояніе особенно часто бываетъ при галлюцинаторномъ помѣшательствѣ (бредовая форма остраго безсмыслія) и при эпилептическихъ и истерическихъ психозахъ.

2. Особую, крайне интересную форму разстройства сознанія представляетъ собою состояніе извѣстное подъ названіемъ **„психическаго автоматизма“** или **„транса“**. При этомъ состояніи человѣкъ часто съ внѣшней стороны и по отношенію къ видимой послѣдовательности своихъ поступковъ не представляетъ уклоненій отъ нормы. Онъ твердо, увѣренно говоритъ, дѣлаетъ послѣдовательныя распоряженія, связно излагаетъ свои мысли; гдѣ нужно,—подписывается и расплачивается, вѣрно производя разсчетъ, совершаетъ отдаленныя путешествія, узнавая улицы и дома, беретъ билеты на поѣзда и пароходы, — словомъ дѣйствуетъ послѣдовательно, какъ бы здоровый человѣкъ,—а на самомъ дѣлѣ, онъ производитъ свои дѣйствія автоматично, не сознавая ясно ихъ цѣли и, очнувшись, теряетъ воспоминаніе о томъ, что съ нимъ было, какъ онъ попалъ въ обстановку, въ которой очутится. Люди, имѣющіе дѣло съ такого рода лицами во время состоянія транса, часто долго не видятъ въ нихъ признаковъ ненормальности; но иногда конечная цѣль поступковъ и распоряженій, дѣлаемыхъ больнымъ въ такомъ состояніи, сразу поражаетъ своею абсурдностью, несоотвѣтствіемъ съ основными требованіями разума и закона.

Такого рода состоянія могутъ продолжаться часы, дни и даже недѣли. Извѣстенъ случай одного французскаго коммерсанта, который въ такомъ состояніи совершенно безъ всякой надобности сѣлъ на пароходъ, отправляющійся въ Индію и, совершивъ все путешествіе, очнулся лишь въ Бомбейскомъ рейдѣ, удивленный, какъ онъ попалъ сюда.—Къ намъ въ клинику, въ амбулаторію, явился для совѣта одинъ служащій при театрѣ, который временами впадалъ въ подобное состояніе и исчезалъ изъ Москвы на нѣсколько недѣль. Очнувшись, онъ находилъ у

себя въ карманахъ афиши и билеты, доказывавшіе, что онъ ѣздилъ въ Кіевъ и Одессу, былъ въ мѣстныхъ театрахъ. Оказывалось, что его видали тамъ знакомые, и никто не замѣчалъ въ немъ признаковъ ненормальнаго состоянія. По разсказамъ его знакомыхъ, въ одно изъ путешествій по восточной Россіи онъ въ одномъ городѣ подалъ заявленіе съ обвиненіемъ опредѣленныхъ лицъ въ тяжкихъ преступленіяхъ и на первыхъ порахъ этому заявленію данъ былъ ходъ какъ указанію, сдѣланному нормальнымъ человѣкомъ. У этого больного временами были припадки, по описанію похожіе на припадки падучей болѣзни. И дѣйствительно, состоянія транса бываютъ, какъ проявленія эпилепсіи или еще чаще истеріи.

Иногда состоянія транса бываютъ и слѣдствіемъ алкоголизма. Профессоръ Мержеевскій описалъ изъ дѣлъ Медицинскаго Совѣта одинъ подобный случай, весьма интересный: Эсаулъ П., исправлявшій должность полиціймейстера въ одномъ изъ городовъ Восточной Сибири, сильно злоупотреблялъ спиртными напитками и послѣ одной попойки впалъ въ своеобразное состояніе, во время котораго, хотя и сохранялъ способность послѣдовательно разсуждать и дѣлать распоряженія, произвелъ рядъ дѣйствій, за которыя и былъ потомъ преданъ суду. Самое важное изъ его дѣяній заключалось въ томъ, что, поссорившись въ ресторанѣ съ двумя оффиціантами, онъ сдѣлалъ рядъ распоряженій съ цѣлью ихъ повѣсить. Его распоряженія были частью исполнены,—была принесена веревка, которую перебросили черезъ перекладину; эсаулъ самъ обмоталъ веревкою шею оффиціантовъ и велѣлъ ихъ поднять. Окружающіе, пораженные безразсудностью требованія, дѣлали видъ, что исполняютъ приказаніе,—поднимали приговоренныхъ, но незамѣтно поддерживали ихъ руками (дѣло происходило ночью, при фонаряхъ). Эсаулъ самолично распоряжался всѣми приготовленіями и помогалъ таскать бревна для висѣлицы и надѣвать петли. Послѣ этой экзекуціи П. произвелъ еще разгромъ одного дома и нѣсколько дней находился въ состояніи уже рѣзко выраженнаго разстройства сознанія, что было констатировано изслѣдовавшими его врачами. Черезъ нѣсколько дней онъ очнулся, но рѣшительно ничего не помнилъ изъ того, что дѣлалъ во время приступа болѣзни.

Состоянія психическаго автоматизма наблюдается также при такъ называемомъ снохожденіи или сомнамбулизмѣ у лицъ, которыя въ бодрственномъ состояніи не представляютъ значительныхъ аномалій въ психической дѣятельности. Они могутъ быть также вызываемы искусственно путемъ гипнотическаго внушенія. Интересно, что подъ вліяніемъ внушенія можетъ развиться не только полный, но и частич-

ный автоматизмъ, ограничивающійся, напр., функціей одной половины тѣла, одной руки: экспериментируемый, особенно въ каталептическомъ состояніи, не сознаетъ что дѣлаетъ его рука, какія движенія она производитъ и не помнитъ этого по пробужденіи.

3-я форма помраченія сознанія наблюдается при состояніяхъ извѣстныхъ подъ названіемъ **болѣзненныхъ аффектовъ**. Большею частью болѣзненный или патологическій аффектъ бываетъ при волненіяхъ непріятныхъ. При этомъ какая нибудь одна идея, вызвавшая сильное и тяжелое душевное волненіе, совершенно заполняетъ сознаніе; происходитъ чрезвычайное суженіе умственнаго кругозора, самыя правильныя, самыя стойкія знанія не достигаютъ сознанія, не входятъ въ сочетанія, вслѣдствіе чего теряется возможность отдавать отчетъ въ самыхъ обыденныхъ вещахъ. Такое состояніе продолжается нѣсколько минутъ, иногда часовъ, затѣмъ мало-по-малу исчезаетъ, причемъ часто человѣкъ, бывшій въ такомъ состояніи, или почти не помнитъ, что онъ во время него совершилъ, или помнитъ какъ-то смутно, точно не онъ самъ производилъ тѣ дѣйствія (иногда страшныя по жестокости), о которыхъ ему говорятъ, и о которыхъ существуетъ у него какое-то воспоминаніе. Обыкновенно эти состоянія бываютъ при аффектахъ печальныхъ (неожиданное горе, оскорбленіе, измѣна, испугъ).

Изъ аффектовъ радостныхъ сознаніе рѣзко нарушается при сильномъ восторгѣ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло доходитъ до состоянія экстаза или очарованія. При экстазахъ мысль останавливается, какъ бы прикованная къ предмету, вызвавшему очарованіе; сознанію становятся недоступны впечатлѣнія внѣшняго міра; очарованный не слышитъ и не видитъ ничего окружающаго, часто не чувствуетъ самыхъ сильныхъ болевыхъ раздраженій; движенія застываютъ въ какой-нибудь опредѣленной позѣ, мимика неподвижна, глаза устремлены въ одну точку. Такое состояніе можетъ иной разъ длиться нѣсколько часовъ и дней, во время которыхъ не чувствуется потребности къ передвиженію, къ ѣдѣ и питью.

4. При различныхъ формахъ помраченія сознанія, особенно же при сноподобномъ состояніи сознанія, дѣло не всегда является такъ просто, какъ я описалъ. Очень часто сознаніе не только падаетъ, но и запутывается, благодаря тому, что у больного, рядомъ съ паденіемъ напряженности психическихъ актовъ и удаленіемъ ихъ отъ порога сознательности, происходитъ разстройство въ правильности сочетанія идей, и являются *обманы чувствъ и ложныя идеи*. Конечно, галлюцинаціи и иллюзіи при неясномъ сознаніи чрезвычайно мѣшаютъ больному оріентироваться правильно и прямо сами по себѣ могутъ запутывать со-

знаніе. Подобно тому, какъ галлюцинаціи затрудняютъ возвращеніе сознаніе къ ясности, такъ же вліяетъ и чрезмѣрно *ускоренное теченіе представленій*. При этомъ нѣтъ возможности сосредоточиваться и нѣтъ вполнѣ яснаго сознанія. Точно также при рѣзкомъ упадкѣ направляющей силы ума и зависящаго отъ этого разстройства сочетанія представленій является неясность сознанія. Нѣкоторые психіатры называютъ разстройства сознанія, зависящія отъ ускоренія теченія идей или отъ галлюцинацій и ложныхъ идей, или отъ слабости умственной дѣятельности,—*вторичными*, въ отличіе отъ *первичнаго* разстройства сознанія, обусловливаемаго непосредственно уменьшеніемъ интенсивности тѣхъ процессовъ, которые лежатъ въ основѣ сознательной дѣятельности.

Таковы различныя формы помраченія сознанія, наблюдаемыя у душевно-больныхъ. Но, какъ я уже сказалъ, далеко не у всѣхъ душевнобольныхъ сознаніе бываетъ помрачено. Есть значительная часть больныхъ, у которыхъ сознаніе вполнѣ ясно; они могутъ отдавать себѣ отчетъ въ окружающемъ, какъ и обыкновенный бодрствующій человѣкъ. Правда, въ очень многихъ случаяхъ такого яснаго сознанія все-таки наблюдаемъ нѣкоторые недостатки его, но эти недостатки не носятъ характера общей недостаточности сознательности, а недостаточности частичной. Одно изъ частыхъ проявленій такого рода есть несознаваніе больнымъ своей болѣзни. Оно встрѣчается у больныхъ, у которыхъ въ остальномъ не замѣчается никакихъ слѣдовъ помраченія сознанія. Съ другой стороны, однако, и у больныхъ съ очень помраченнымъ сознаніемъ бываетъ, по крайней мѣрѣ по временамъ, вполнѣ опредѣленное сознаніе своего душевнаго заболѣванія. Это обстоятельство служитъ яснымъ доказательствомъ несправедливости того мнѣнія, что душевно больные и умственно разстроенные никогда не сознаютъ своей болѣзни.

Къ формамъ, гдѣ нѣтъ общаго помраченія сознанія, но гдѣ существуютъ частичныя разстройства сознанія, относятся тѣ состоянія, которыя извѣстны подъ названіемъ двойственнаго сознанія или двойственной личности. Я не буду здѣсь говорить о нихъ, потому что уже описалъ эти состоянія въ главѣ о памяти (двойственная память). Чаще всего они наблюдаются при истеріи. Не совсѣмъ чистыя проявленія подобнаго же состоянія бываютъ довольно нерѣдко при состояніяхъ маніакальныхъ, гдѣ впрочемъ они весьма маскируются цѣлымъ рядомъ другихъ симптомовъ. Частичное разстройство сознанія можетъ вызываться искусственно гипнотическимъ внушеніемъ. Кромѣ того, частичные дефекты сознанія (связанные большею частью съ разстройствомъ памяти) въ большомъ количествѣ бываютъ при многихъ формахъ вто-

ричнаго слабоумія. Частичные дефекты сознанія нерѣдко бываютъ также въ самомъ начальномъ періодѣ остраго безсмыслія.

Нужно отмѣтить еще случаи, при которыхъ сознаніе бываетъ односторонне напряжено. **Одностороннее напряженіе сознанія** бываетъ при болѣзняхъ, при которыхъ подъ вліяніемъ какого-нибудь сильнаго душевнаго чувства сознаніе напряжено только въ одну сторону, опредѣляемую характеромъ этого душевнаго чувства. Такое состояніе бываетъ, наприм., при мрачномъ помѣшательствѣ, меланхоліи. При этомъ сознаніе больного почти исключительно занято мрачными идеями; только мрачныя мысли о своемъ положеніи, о неминуемой бѣдѣ для себя и для близкихъ возстановляются въ душѣ больного; онъ ясно сознаетъ свою виновность, свои небывалыя преступленія, удивляется, какъ другіе не соглашаются съ тѣмъ, что онъ дурной человѣкъ, и видятъ въ немъ что-то хорошее. Явленія въ этомъ же родѣ бываютъ и при ипохондріи, когда у человѣка — подъ вліяніемъ страха за свое здоровье — сознаніе постоянно занято воспріятіями различныхъ ощущеній со стороны собственнаго тѣла. Въ этомъ же родѣ одностороннее напряженіе сознанія бываетъ при восторженныхъ состояніяхъ, такъ называемыхъ экстазахъ, гдѣ у больного подъ вліяніемъ чувства восторга сознаніе занято идеями, связанными съ предметомъ восторга (большею частью религіозными представленіями).

Дѣятельность сознанія можетъ рѣзко мѣняться въ зависимости отъ *способности больного направлять свое вниманіе*; но такъ какъ вниманіе есть актъ воли, то разстройства, относящіяся сюда, мы и будемъ разсматривать въ то время, когда будемъ говорить о разстройствахъ въ сферѣ воли.

3. Разстройства въ сферѣ душевныхъ чувствъ.

Какъ было сказано выше, при изложеніи элементарныхъ свѣдѣній по психологіи, ощущенія и представленія вызываютъ въ человѣкѣ чувства пріятныя и непріятныя. Мы знаемъ, что чувства бываютъ различны, смотря по тому, какія представленія ихъ вызываютъ: такъ чувства, вызываемыя представленіями, происходящими изъ ощущеній низшихъ органовъ чувствъ, носятъ названіе *низшихъ чувствъ*: таковы голодъ, пресыщеніе, половое чувство; чувства, развившіяся изъ представленій болѣе или менѣе отвлеченныхъ, называются *высшими*; таковы чувства: нравственное, эстетическое, логическое и религіозное. Мы знаемъ также, что характеръ чувствованій, испытываемыхъ человѣкомъ въ извѣстное

время, обусловливается въ значительной мѣрѣ тѣмъ, что называется душевнымъ настроеніемъ. Настроеніе можетъ быть пріятнымъ и непріятнымъ. Далѣе мы знаемъ, что иногда душевныя чувства бываютъ чрезвычайно сильны и въ такомъ случаѣ вызываютъ то, что называется душевнымъ волненіемъ или аффектомъ.

При патологическихъ условіяхъ душевная дѣятельность въ области душевныхъ чувствъ разстраивается очень часто. Почти во всѣхъ случаяхъ психическихъ заболѣваній особенно *въ первое время болѣзни* мы видимъ чрезвычайно рѣзкія разстройства въ сферѣ душевныхъ чувствъ. Было время, когда полагали даже, что почти всегда *начало психозовъ* характеризуется однимъ только или, по крайней мѣрѣ, главнымъ образомъ разстройствомъ въ сферѣ душевнаго чувства. Если теперь это мнѣніе считается одностороннимъ, все-таки присутствіе разстройства душевнаго чувства въ той или другой степени имѣетъ громадное значеніе для оцѣнки каждаго случая душевнаго заболѣванія, главнымъ образомъ по отношенію къ его свѣжести: обыкновенно чѣмъ свѣжѣе душевное заболѣваніе, тѣмъ болѣзненныя проявленія въ смыслѣ возбужденія душевнаго чувства — больше; наоборотъ, чѣмъ душевная болѣзнь долѣе затягивается и переходитъ въ неизлѣчимое состояніе, тѣмъ болѣе преобладаютъ явленія душевной тупости, и реакція со стороны душевнаго чувства становится менѣе рѣзкой, или крайне однообразной.

Разстройства въ сферѣ душевнаго чувства могутъ быть весьма разнообразны. Принято проводить аналогію между этими разстройствами и разстройствами въ сферѣ физической чувствительности. Подобно тому, какъ относительно физической чувствительности признаютъ существованіе повышенной чувствительности — гиперэстезіи и пониженной — гипэстезіи и анэстезіи, такъ и относительно душевной чувствительности говорятъ, что можетъ быть гиперэстезія душевнаго чувства — **hyperaesthesia psychica** и пониженіе душевной чувствительности — **hypaesthesia psychica** и **anaesthesia psychica**. Точно также по аналогіи съ соматическими болѣзнями употребляются термины: **hyperalgesia psychica**, **neuralgia psychica** и **anaesthesia dolorosa psychica**. Значеніе всѣхъ этихъ терминовъ сейчасъ будетъ объяснено.

Разстройства душевнаго чувства для удобства изученія подобно разстройствамъ въ интеллектуальной сферѣ раздѣляются на разстройства количественныя и качественныя, — чему соотвѣтствуютъ разстройства въ степени душевной чувствительности и разстройства, выражающіяся въ качественныхъ разстройствахъ, т. е. болѣзненномъ преобладаніи пріятнаго чувственнаго тона въ однихъ случаяхъ, а въ другихъ — непріятнаго. Однако какъ и относительно элементарныхъ разстройствъ въ

интеллектуальной дѣятельности трудно провести точную границу между отдѣльными проявленіями, сюда относящимися, такъ какъ почти всегда количественныя разстройства смѣшиваются съ качественными и точная классификація ихъ въ высшей степени затруднительна.

а) Количественныя разстройства въ эмоціональной сферѣ.

I. Разстройства, выражающіяся въ измѣненіи возбудимости душевныхъ чувствъ:

1) **Повышеніе душевной чувствительности, hyperaesthesia psychica.** Оно проявляется въ двухъ различныхъ видахъ. Такъ, иногда мы видимъ, что душевная чувствительность дѣйствительно повышена, вслѣдствіе чего всѣ дѣйствующія на больного впечатлѣнія вызываютъ въ немъ очень сильную эмоціональную реакцію. Отъ малѣйшей причины являются взрывы аффектовъ съ соотвѣтствующею двигательною реакціей Это бываетъ у душевно-больныхъ большею частью въ начальномъ періодѣ душевныхъ болѣзней. Въ болѣе слабой степени это встрѣчается у многихъ больныхъ не задолго передъ началомъ другихъ, болѣе рѣзко выраженныхъ симптомовъ душевнаго разстройства, въ такъ называемомъ продромальномъ періодѣ душевныхъ болѣзней; больные часто задолго передъ заболѣваніемъ становятся чувствительнѣе къ радости и горю, обидчивѣе, раздражительнѣе, пугливѣе. Нерѣдко повышеніе душевной чувствительности мы замѣчаемъ у лицъ плохо уравновѣшенныхъ вообще, у такъ называемыхъ дегенерантовъ, истеричныхъ и неврастениковъ.

Въ другихъ случаяхъ психическая гиперэстезія проявляется въ томъ, что можно назвать раздражительною слабостью душевнаго чувства. Человѣкъ при этомъ легче впадаетъ въ чувствительное настроеніе; чувства пріятныя и непріятныя вызываются въ немъ ничтожными причинами и весьма легко проявляются наружу. Но въ то же время они крайне поверхностны, неглубоки. Такіе люди, наприм., прочтя печальную повѣсть, расплачутся; но если перемѣнить направленіе ихъ вниманія, то они сейчасъ и позабудутъ о томъ, о чемъ плакали. Точно также такіе люди приходятъ въ восторгъ отъ самыхъ незначительныхъ событій — отъ встрѣчи съ знакомымъ, отъ ничтожнаго подарка и т. п. Подобное состояніе, характеризуемое названіемъ слабодушія, бываетъ чаще всего у больныхъ, страдающихъ такими тяжелыми формами психическаго разстройства, какъ прогрессивный параличъ, старческое слабоуміе.

Къ числу явленій повышенной душевной чувствительности должны быть относимы также проявленія повышенной возбудимости отдѣльныхъ чувствъ той или другой категоріи,— какъ высшихъ, т. е. религіознаго, нравственнаго, интеллектуальнаго и эстетическаго, такъ и низшихъ. Само собою разумѣется, что дѣйствительное повышеніе возбудимости въ области высшихъ чувствованій составляетъ чаще всего проявленіе чрезвычайной тонкости психической организаціи, но иногда чрезмѣрная возбудимость и высшихъ чувствованій одной какой нибудь категоріи бываетъ такъ непропорціональна съ возбудимостью высшихъ чувствъ другой категоріи, что является чисто болѣзненнымъ явленіемъ. Такъ, по отношенію къ нравственному чувству случается наблюдать людей, у которыхъ каждый поступокъ вызываетъ сильную эмоцію соединенную съ сомнѣніемъ, поступили ли они нравственно, или нѣтъ; поступки другихъ людей самые индиферентные критикуются съ точки зрѣнія нравственной и вызываютъ соотвѣтствующія эмоціи. Аналогичныя явленія въ видѣ религіозной экзальтаціи проявляются и со стороны религіознаго чувства. Чрезмѣрная возбудимость интеллектуальнаго чувства проявляется иногда въ томъ, что самыя ясныя простыя истины, вполнѣ понятныя и убѣдительныя для нормальнаго человѣка съ здравымъ смысломъ, — возбуждаютъ ложное сомнѣніе и требуютъ доказательства. Это бываетъ нерѣдко при той формѣ, которая извѣстна подъ именемъ folie du doute, и о которой я уже говорилъ. Мнѣ пришлось встрѣтить одного молодого человѣка, въ которомъ самыя простые ариѳметическіе выводы,—такіе какъ дважды два — четыре, вызывали неудовлетвореніе логическаго чувства и требованіе доказательствъ

Со стороны низшихъ чувствъ, какъ половое, чувство самосохраненія, бываютъ также проявленія чрезмѣрной возбудимости. О нѣкоторыхъ явленіяхъ этого рода мы будемъ еще говорить при изученіи аномалій влеченій, такъ какъ чрезмѣрная возбудимость отдѣльныхъ чувствованій влечетъ обыкновенно за собою и усиленіе соотвѣтствующихъ влеченій.

2) **Пониженіе душевной чувствительности, hypaesthesia psychica.** Соотвѣтственно тому, что бываетъ повышеніе душевной чувствительности, бываетъ также и пониженіе ея — hypaesthesia psychica — тупость душевнаго чувства. Въ этомъ случаѣ тѣ впечатлѣнія, которыя у человѣка при нормальныхъ условіяхъ должны бы были вызвать то или другое чувство, не вызываютъ его; человѣкъ становится равнодушнымъ, безучастнымъ, точно глухимъ въ сферѣ душевной чувствительности, не возбудимымъ или слабо возбудимымъ къ впечатлѣніямъ, которыя у нормальнаго человѣка должны вызывать болѣе или менѣе сильную эмоцію. Это приходится видѣть особенно рѣзко при состояніи общей

душевной тупости, которая наблюдается при знакомомъ уже намъ состояніи ступора, а также при вторичномъ слабоуміи. При ступорѣ обыкновенно больной невоспріимчивъ ни къ какому чувству. На глазахъ его можетъ произойти какая-нибудь страшная драма, и она не вызоветъ въ немъ никакой психической реакціи. При слабоуміи тоже замѣтно пониженіе чувствительности въ области высшихъ чувствъ; человѣкъ становится неспособнымъ испытывать нравственныя и эстетическія чувства, дѣлается равнодушнымъ ко всему, что прежде его живо интересовало, апатичнымъ, безучастнымъ по отношенію къ близкимъ. Въ то же время нерѣдко животныя чувства у него остаются довольно возбудимы: часто слабоумные только и думаютъ объ ѣдѣ, приходятъ въ большое огорченіе или гнѣвъ, если на нѣсколько минутъ опоздаютъ подать обѣдъ, откажутъ въ капризѣ и т. п.

При прогрессирующемъ ходѣ слабоумія нерѣдко приходится наблюдать, какъ шагъ за шагомъ угасаетъ душевная чувствительность: мало по малу падаетъ чувствительность по отношенію къ эстетическимъ впечатлѣніямъ, нравственнымъ, религіознымъ и логическимъ. Больной дѣлается постепенно все болѣе и болѣе безтактнымъ и эгоистичнымъ, теряетъ вѣжливость, стыдливость, чувство опрятности и чистоплотности; наконецъ остаются только низшія чувства — половое чувство и чувство питанія. Затѣмъ и половое чувство падаетъ, остается только интересъ къ ѣдѣ; наконецъ и онъ падаетъ — и ничто уже, кромѣ развѣ рѣзкой физической боли, не можетъ вывести больного изъ его апатичнаго состоянія. Это приходится чаще всего наблюдать при старческомъ слабоуміи и прогрессивномъ параличѣ.

Какъ особенное проявленіе тупости душевнаго чувства нужно отмѣтить **тупость нравственнаго чувства**. Это состояніе нерѣдко бываетъ врожденное и ложится въ основѣ того, что называется нравственнымъ помѣшательствомъ (moral insanity), или нравственнымъ идіотизмомъ. При этомъ человѣкъ не испытываетъ въ *надлежащей мѣрѣ чувства нравственности и безнравственности* своихъ поступковъ и потому не имѣетъ упрековъ совѣсти. У такого человѣка нѣтъ руководящей нравственной идеи въ выборѣ своихъ дѣйствій, а потому его дѣйствія часто направлены противъ другихъ, эгоистичны въ высшей степени и до крайности злы; при этомъ человѣкъ, совершая зло, не чувствуетъ этого, а только признаетъ умственно, что это нѣчто такое, что другимъ непріятно и за что его могутъ наказать. Это сознаніе можетъ заставлять его приспособляться къ окружающимъ, избѣгать столкновеній, вести себя довольно правильно, но въ основѣ его правильнаго поведенія все-таки будетъ лежать не чувство нравственное, а соображеніе выгоды

До чего поразительны бываютъ случаи такого рода — видно изъ одного примѣра, приводимаго Крафтъ-Эбингомъ въ его „Судебной психопатологіи". „Нѣкто Лемэръ, молодой человѣкъ, съ дѣтства отличавшійся отсутствіемъ привязанностей и крайне дурными наклонностями, въ концѣ концовъ въ 19 лѣтъ совершилъ звѣрское убійство. Еще когда умерла его мать, то онъ сказалъ: „ладно, теперь одной объѣдалой будетъ меньше". Потерявъ жену, его отецъ задумалъ жениться на вдовѣ г-жѣ Б., имѣвшей 17-лѣтнюю дочь. За два дня до свадьбы онъ убилъ г-жу Б. и хладнокровно сказалъ прибѣжавшей дочери ея: „ну ладно, мнѣ удалось отомстить ей, жаль только, что я не покончилъ и съ остальными тремя (т. е. съ отцомъ, дочерью г-жи Б. и гувернанткой). А впрочемъ я не дуракъ и не пьянъ и понимаю, что заслужилъ смерть за свое дѣло". На допросахъ онъ обнаружилъ удивительную нравственную нечувствительность. Съ полною откровенностью онъ признавался въ своихъ порокахъ и дурныхъ наклонностяхъ и хвастался ими съ невѣроятнымъ цинизмомъ. Онъ говоритъ, что ему такъ же легко убить отца, какъ другому — муху. По словамъ одного изъ свидѣтелей, Лемэръ, показывая послѣ убійства свои окровавленныя руки, со смѣхомъ произнесъ: „вотъ у меня и перчатки, чтобы идти на свадьбу къ отцу". Когда ему говорили о возможности смертной казни, онъ выразился, что нисколько не страшится ея и предпочитаетъ смерть работѣ; „если вы оставите меня жить для прогулки по землѣ, я буду доволенъ; если же думаютъ заставить меня работать, такъ ужъ я скорѣе согласенъ умереть. „Молодой человѣкъ былъ казненъ", и при вскрытіи оказались рѣзкіе признаки отсталости развитія его мозга и слѣды воспаленія мозговыхъ оболочекъ, бывшаго вѣроятно въ дѣтствѣ.

Мнѣ лично пришлось въ Преображенской больницѣ наблюдать одного молодого человѣка, присланнаго изъ тюрьмы для экспертизы. Онъ судился за убійство отца. Отца онъ убилъ по самому ничтожному поводу: отецъ велѣлъ ему — можетъ быть нѣсколько грубо — снять съ себя сапоги: больной снялъ, но затѣмъ, когда отецъ заснулъ, онъ въ отместку отрубилъ ему голову топоромъ.—Онъ зналъ, что преданъ суду по этому поводу и, какъ человѣкъ хитрый, старался выказать себя раскаивающимся, лицемѣрилъ, но очень ясно было видно, что въ сущности сожалѣнія объ отцѣ у него никакого не было, — онъ сожалѣлъ о сдѣланномъ убійствѣ только потому, что оно повлекло цѣлый рядъ непріятностей для него лично. Аналогичныхъ примѣровъ можно найти не мало среди душевнобольныхъ, у дегенерантовъ, у эпилептиковъ, иногда у истеричныхъ.

Правда, не у многихъ нравственная тупость достигаетъ такой чудовищной степени, но все-таки ее приходится наблюдать довольно не-

рѣдко, какъ почти въ видѣ изолированнаго симптома, такъ и еще чаще въ сочетаніи съ другими проявленіями душевнаго разстройства.

Вообще нужно отмѣтить, что нравственное чувство у многихъ душевно-больныхъ значительно менѣе обуздываетъ ихъ влеченія, чѣмъ въ здоровомъ состояніи; отъ этого, наприм., больныя женщины часто ничего не стыдятся, открыто проявляютъ эротическія побужденія. Нѣкоторые изъ психіатровъ, какъ напр. профессоръ В. Ф. Чижъ, полагаютъ, что паденіе нравственнаго чувства является ***самымъ первымъ проявленіемъ душевной болѣзни***, но врядъ-ли это положеніе можетъ быть доказано, такъ какъ есть больные, у которыхъ нравственное чувство долго держится, несмотря на довольно глубокое паденіе интеллекта.

Соотвѣтственно тому, какъ можетъ встрѣчаться тупость по отношенію къ одному нравственному чувству, приходится иногда наблюдать также изолированную тупость по отношенію къ нѣкоторымъ другимъ спеціальнымъ чувствамъ. Такъ, довольно часто замѣчается разстройство интеллектуальнаго чувства, — неспособность чувствомъ реагировать на логичное и нелогичное; точно также бываютъ часто и между душевно-больными, и среди людей, считающихся вообще здоровыми, люди, которые совершенно лишены чувства изящнаго, или почти лишены чувства чистоплотности.

Иногда тупость распространяется и на низшія чувства, наприм. на половое: есть люди, которые совершенно невозбудимы въ половомъ отношеніи, о чемъ впрочемъ мы будемъ еще говорить при изученіи аномалій влеченій. Эти явленія изолированной тупости по отношенію къ какому-нибудь спеціальному чувству приходится чаще всего наблюдать у дегенерантовъ и истеричныхъ.

Нужно отмѣтить, что вообще гармонія интенсивности различныхъ спеціальныхъ чувствъ у душевно-больныхъ рѣзко разстраивается, а въ зависимости отъ этого, конечно, разстраивается и проявленіе дѣятельности душевно-больныхъ и ихъ отношеніе къ окружающимъ лицамъ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ является преобладаніе чувствъ низшихъ надъ чувствами высшими, вслѣдствіе чего нравственный обликъ личности нѣсколько падаетъ. Больные часто подъ вліяніемъ болѣзни становятся чрезвычайно эгоистичны, требовательны, несправедливы, нетерпимы, обидчивы, гнѣвливы, иногда злы, лицемѣрны, лживы, мстительны, иногда тщеславны, расточительны, развратны, безстыдны, иногда малодушны, трусливы. Эти недостатки въ иныхъ случаяхъ проявляются такъ рѣзко, что только лицу очень опытному видна за непривлекательными сторонами личности больного его дѣйствительная (здо-

ровая) симпатичная личность; люди же менѣе опытные часто относятся къ этимъ сторонамъ какъ къ проявленіямъ настоящаго характера, какъ къ признакамъ злой натуры больного; поэтому, и сами раздражаются, возмущаются и дѣлаютъ массу безтактностей, вредящихъ больному.

II. Разстройства, выражающіяся въ измѣненіи интенсивности эмоцій.

1) **Чрезвычайная болѣзненная интенсивность эмоцій (патологическіе аффекты)**. Какъ мы уже знаемъ, эмоціи бываютъ у человѣка весьма различной степени по своей интенсивности: бываютъ очень слабыя чувствованія, бываютъ чрезмѣрно сильныя. Особенно сильнымъ чувствованіямъ соотвѣтствуютъ, какъ извѣстно тѣ состоянія, которыя называются аффектами или душевными волненіями. Отношеніе аффектовъ къ патологіи весьма большое.

Мы уже познакомились при изученіи элементарныхъ душевныхъ проявленій ненормальнаго человѣка съ тѣмъ, что называется аффектомъ и знаемъ, что и у нормальнаго человѣка состоянія, слѣдующія за дѣйствіемъ на человѣка сильнаго чувства, къ воспріятію котораго его душевная дѣятельность не была достаточно подготовлена, наступаетъ цѣлый рядъ нарушеній въ строѣ психической дѣятельности. Если человѣкъ неожиданно испуганъ, то у него является чувство страха, и вслѣдъ за этимъ бо́льшее или меньшее разстройство различныхъ сторонъ душевной дѣятельности. Такъ, очень рѣзкое разстройство будетъ прежде всего въ содержаніи душевной дѣятельности и теченіи представленій. Большею частью содержаніе душевной дѣятельности при аффектѣ бываетъ рѣзко съужено; въ сознаніи съ особенною рельефностью выступаетъ то чувство, которое вызвало аффектъ, и вмѣстѣ съ этимъ прекращается часто доступъ къ сознанію многимъ другимъ впечатлѣніямъ. Ходъ и сочетаніе идей разстраиваются, что́ выражается растерянностью, неспособностью сразу овладѣть положеніемъ, неспособностью оріентироваться. Эти явленія, составляющія признаки разстройства собственно психическихъ актовъ, связываются обыкновенно съ рядомъ сопутствующихъ физическихъ явленій.

1-ую группу этихъ явленій составляютъ двигательныя явленія: очень часто вслѣдъ за появленіемъ чувства, вызвавшаго аффектъ, является или порывъ къ дѣятельности, — наприм. подъ вліяніемъ страха человѣкъ поворачивается и бѣжитъ,—или, наоборотъ, является чувство крайняго безсилія: ноги подкашиваются, является дрожь, общее безсиліе

2-ую группу сопутствующихъ явленій составляютъ явленія со стороны кровообращенія, дыханія и отдѣлительной функціи: лицо

блѣднѣетъ или краснѣетъ, дѣятельность сердца измѣняется, иногда даже до полной остановки; разстраивается дыханіе, появляются въ нѣкоторыхъ случаяхъ слезы, иногда испарина, непроизвольное выведеніе мочи. Вслѣдъ за этимъ чаще всего наступаетъ болѣе или менѣе глубокій упадокъ силъ.

Таковы проявленія аффекта. Такъ какъ аффекты вызываются различными чувствами, то и проявленіе аффекта будетъ различно въ зависимости отъ чувства, его вызвавшаго. Такъ, очень большая разница существуетъ, между прочимъ, въ двигательныхъ послѣдствіяхъ аффекта. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ аффекты вызываютъ усиленныя движенія, въ другихъ — наоборотъ. Соотвѣтственно этому дѣлятъ аффекты на стеническіе — возбуждающіе и астеническіе — угнетающіе. Аффекты стеническіе — большею частью радостные, астеническіе — печальные. Есть еще такъ-называемые смѣшанные аффекты, какъ гнѣвъ и т. п. Въ нихъ смѣшиваются признаки аффектовъ возбуждающихъ и угнетающихъ. Такъ, наприм., въ гнѣвѣ съ одной стороны замѣтно болѣе или менѣе сильное непріятное чувство — злоба, досада и т. п., но рядомъ съ этимъ существуетъ повышенное самочувствіе, сознаніе какого-то превосходства надъ другимъ лицемъ, ощущеніе уменьшенія психическихъ тормазовъ, что́ и обнаруживается въ поверхностности мысли и въ несдержанности рѣчи и двигательныхъ актовъ вообще.

Всякій аффектъ соединенъ съ *разстройствомъ въ сочетаніи и въ теченіи представленій*, но въ громадномъ большинствѣ случаевъ это разстройство въ сочетаніи и теченіи представленій не выходитъ изъ опредѣленныхъ рамокъ, при которыхъ человѣкъ сохраняетъ все-таки значительную долю самообладанія. Въ такихъ случаяхъ, хотя теченіе представленій и совершается недостаточно правильно и являются нѣкоторые не совсѣмъ правильные поступки, но все-таки главные руководящіе мотивы и основные принципы данной личности не теряютъ вполнѣ своего значенія и могутъ повліять задерживающимъ образомъ на двигательную реакцію.

Но бываютъ случаи, гдѣ самообладаніе совершенно разстраивается, больной не можетъ владѣть своими мыслями и поступками, и является то, что называется умоизступленіемъ. Такой аффектъ, перешедшій границы нормы, называется патологическимъ аффектомъ. Знакомство съ явленіями патологическаго аффекта необходимо для всякаго врача, какъ для пониманія нѣкоторыхъ явленій, съ которыми приходится сталкиваться въ обыденной жизни, такъ и для судебно-медицинской экспертизы, такъ какъ во время аффекта нерѣдко люди совершаютъ преступленія.

Патологическіе аффекты проявляются въ двухъ, нѣсколько различающихся типахъ.

При патологическихъ аффектахъ одного типа съ особенною рѣзкостью выступаетъ то сопутствующее разстройство сознанія, которое въ сравнительно малой степени бываетъ при аффектахъ вообще. Сознаніе при такого рода патологическихъ аффектахъ всегда бываетъ *помрачено*, и это помраченіе сознанія и составляетъ условіе невмѣняемости дѣянія, совершеннаго во время аффекта данной категоріи.

Помраченіе сознанія при аффектахъ обнаруживается въ различной степени. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вслѣдъ за дѣйствіемъ сильнаго чувства является полная остановка теченія представленій, полная остановка мышленія. Человѣкъ точно окаменѣетъ на мѣстѣ. Иногда это продолжается довольно долго, но чаще вслѣдъ за короткимъ періодомъ такой остановки является вновь умственная работа, причемъ смѣна представленій чрезвычайно разстроена. Сознаніе большею частью является заполоненнымъ тѣмъ чувствомъ, которое потрясло человѣка, а другія чувства становятся ему не доступны. Въ то же время кругъ идей, въ которыхъ вращается смѣна представленій, дѣлается крайне ограниченъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при этомъ является наплывъ идей, среди которыхъ человѣкъ не въ состояніи разобраться; въ другихъ — крайняя бѣдность въ сочетаніи представленій: въ сознаніи не являются соображенія самыя простыя, самыя привычныя; видя передъ собой своего сына, человѣкъ не вспоминаетъ, что это сынъ; видя друга и убивая его, онъ не вспоминаетъ, что это другъ. Люди, нанесшіе въ состояніи аффекта тяжкое оскорбленіе своему начальнику, говорили потомъ, что они во время совершенія насилія не могли помнить, что это начальникъ, иногда даже любимый и уважаемый, и не могли представить тѣхъ послѣдствій, какія можетъ влечь ихъ поступокъ. „Еслибы я только могъ вспомнить въ то время обо всемъ этомъ, конечно я не могъ бы сдѣлать того, что я сдѣлалъ“. Но именно это отсутствіе самыхъ естественныхъ воспоминаній, самыхъ привычныхъ ассоціацій и составляетъ характерное свойство помраченія сознанія при аффектѣ.

Слабымъ примѣромъ, могущимъ уяснить это состояніе, могутъ быть случаи сильнаго испуга у нервныхъ особъ. Очень часто нервныя особы подъ вліяніемъ испуга—наприм., вслѣдствіе ночного пожара—приходятъ въ состояніе патологическаго аффекта: онѣ иногда безъ всякой надобности бросаются изъ 4-го этажа, не соображая, что это—вѣрная смерть; или иногда, вмѣсто того, чтобы поскорѣе спастись, начинаютъ разыскивать совершенно ненужныя вещи. Хорошій примѣръ аффекта послѣ

испуга приводитъ проф. И. А. Сикорскій въ своей статьѣ „О душевномъ состояніи при аффектахъ“. Одна дама, сдѣлавшаяся послѣ одного сильнаго потрясенія (паденія въ воду изъ лодки) очень раздражительной и легко впадавшая въ аффекты, однажды лѣтомъ, когда вся семья уснула, около полуночи, собираясь спать, вышла въ другую комнату и тутъ только увидѣла, что на сосѣдней дачѣ пожаръ. „Она остолбенѣла отъ страха, но затѣмъ, придя нѣсколько въ себя, закрыла ставней окно, чтобы видъ огня не испугалъ дѣтей и мужа, которыхъ она рѣшилась немедленно разбудить и вывести въ садъ. Закрывши окно, она бросилась въ комнату прислуги и разбудила послѣднюю, потомъ разбудила мужа: но не могла ничего объяснить ни мужу, ни прислугѣ и, оставивъ ихъ, немедленно вернулась въ комнату дѣтей, разбудила ихъ и начала наскоро одѣвать, чтобы тотчасъ вывести ихъ въ садъ. Но замѣтивъ, что у дѣтей грязные чулки, она бросилась къ комоду за чистымъ бѣльемъ и долго не могла найти, что̀ ей нужно, совершенно растерявшись. Прежде чѣмъ она успѣла одѣть дѣтей, она нѣсколько разъ подбѣгала къ комоду, пока силы не оставили ее. Мысль о томъ, что она не можетъ вывести всѣхъ четырехъ дѣтей заразъ, окончательно помрачила ея сознаніе. Мужъ нашелъ ее держащей двухъ дѣтей за руки и совершенно неподвижной. Она первая была выведена въ садъ, но этого обстоятельства она не помнитъ. Послѣдній же моментъ, который она помнитъ — это было чувство страха при мысли, что ей одной невозможно вывести въ садъ всѣхъ четырехъ дѣтей заразъ, поэтому она и остановилась, какъ ей смутно припоминается, въ недоумѣніи. „Я видѣла, что моими двумя руками я могу держать только двѣ дѣтскія руки, для другихъ же дѣтей у меня не оставалось болѣе рукъ“, — это была послѣдняя мысль угасшаго затѣмъ на время сознанія“.

Такъ какъ сознаніе при патологическихъ аффектахъ большею частью недоступно воспоминанію, недоступно другимъ чувствамъ кромѣ того, которое овладѣло душой, недоступно сожалѣнію, недоступно стыду и т. п., то вслѣдствіе отсутствія всѣхъ корригирующихъ идей человѣкъ совершаетъ подъ вліяніемъ патологическаго аффекта дѣянія, совершенно ему несвойственныя.

Къ этому располагаетъ то, что подъ вліяніемъ аффекта вообще является рядъ движеній, какъ проявленіе психомоторнаго рефлекса. Эти движенія иногда плохо координированы (человѣкъ разрушаетъ окружающіе предметы, катается по полу, безсмысленно реветъ и т. п.), иногда же состоятъ изъ ряда координированныхъ сложныхъ актовъ, которые человѣкъ выполняетъ какъ машина, какъ автоматъ, иногда съ поразительною жестокостью.

Характернымъ свойствомъ патологическаго аффекта является то, что вслѣдъ за бурнымъ проявленіемъ двигательной реакціи наступаетъ обыкновенно чрезвычайно рѣзкое истощеніе психическихъ и физическихъ силъ. Иногда это доходитъ до того, что человѣкъ непосредственно послѣ совершеннаго имъ дѣянія засыпаетъ, впадаетъ въ сонъ, продолжающійся нѣсколько часовъ. Въ другихъ случаяхъ наступаетъ упадокъ силъ и душевная тупость, неспособность сознавать отчетливо, что совершено, равнодушіе, безучастіе, принимаемое нерѣдко за признакъ закоренѣлости преступника. Обыкновенно только черезъ нѣсколько часовъ, а иногда даже и дней, способность къ нормальнымъ душевнымъ отправленіямъ возстановляется, и человѣкъ начинаетъ сознавать, что онъ совершилъ, и у него является болѣе или менѣе глубокое раскаяніе. Часто память при этомъ глубоко страдаетъ; у человѣка остаются пробѣлы въ воспоминаніи именно относительно совершеннаго имъ дѣянія.

Такого рода патологическіе аффекты бываютъ у лицъ нейропатическихъ, неустойчивыхъ, при дѣйствіи на нихъ чрезвычайно сильныхъ впечатлѣній. Иной разъ можно замѣтить, что неустойчивость человѣка проявлялась и ранѣе, и особенно въ предшествующіе аффекту дни человѣкъ представлялся нѣсколько страннымъ, озабоченнымъ, растеряннымъ; иногда этого предшествующаго періода нѣтъ,— аффектъ является совершенно неожиданно, и только самое проявленіе его подходитъ подъ терминъ умоизступленія и ставитъ человѣка въ положеніе невмѣняемости.

Вотъ примѣръ патологическаго аффекта взятый изъ „Судебной психопатологіи“ Крафтъ-Эбинга:

„24 февраля 1863 г въ 9 часовъ утра 35-лѣтняя замужняя женщина Л. была найдена стоящей въ рѣкѣ На рукахъ у Л была ея маленькая дочь, закутанная въ платокъ и громко плакавшая. Собравшеся на берегу люди, опасаясь, что Л будетъ унесена теченіемъ, кричали ей, чтобы она поскорѣе уходила изъ воды, но она только повторяла: „мой мужъ, мой мужъ“—и не двигалась съ мѣста. Начали спускаться въ воду за нею—тогда она воскликнула: „не мѣшайте мнѣ умереть, мой мужъ и свекоръ измучили меня, нѣтъ больше моихъ силъ терпѣть эту муку!“. Когда несчастную женщину вывели наконецъ изъ воды на берегъ, она стала умолять, чтобы взяли отъ нея ребенка и спасли его. Ребенокъ оказался мертвымъ, захлебнувшимся въ водѣ. Только въ этотъ моментъ Л, повидимому пришла въ себя и залилась горькими слезами о погибшей дочери. Грубое обращеніе мужа и свекра, которые оба были пьяницы, довело Л. до отчаяннаго рѣшенія утопиться вмѣстѣ съ ребенкомъ. Съ этимъ намѣреніемъ она и ушла изъ дому Это она помнила; но о томъ, какъ была спасена отъ смерти -у нея не сохранилось никакого воспоминанія

„Было доказано, что за 9 мѣсяцевъ передъ этимъ мужъ Л. нанесъ ей тяжкіе побои съ поврежденіемъ черепа. Съ тѣхъ поръ Л часто жаловалась на головныя боли и нерѣдко ее видали грустной, сильвшей въ глубокой задумчивости съ безцѣльно устремленнымъ взглядомъ Послѣ дѣянія у нея замѣ-

чены молчаливая покорность судьбѣ, почти апатическое состояніе и отсутствіе глубокаго раскаянія въ причиненіи смерти ребенку. На вопросъ о виновности Л. присяжные отвѣтили отрицательно".

Конечно такого рода аффекты, которые вызываютъ за собою покушенія на самоубійство и убійство или другія дѣянія, составляющія предметъ экспертизы, не часты; за то аффекты съ болѣе мелкими послѣдствіями, но также патологическаго свойства, бываютъ нерѣдко, и каждому практикующему врачу приходится съ ними имѣть дѣло, живя среди людей съ такою степенью неустойчивости нервной системы, которая наблюдается въ нашъ „нервный вѣкъ".

Другого типа патологическіе аффекты характеризуются не столько помраченіемъ сознанія, сколько такимъ измѣненіемъ личности, при которомъ уменьшается вліяніе высшихъ задержекъ такъ, что человѣкъ, поддавшійся такого рода аффекту, совершенно теряетъ способность руководиться тѣми высшими интересами и побужденіями, вытекающими изъ привязанности, нравственныхъ правилъ, долга, религіозныхъ убѣжденій и логики, какими онъ руководствуется въ обычной своей жизни, и напротивъ становится орудіемъ низшихъ побужденій. Въ этихъ случаяхъ на первый планъ выступаетъ происшедшее подъ вліяніемъ аффекта нарушеніе гармоническаго равновѣсія личности. Состоянія такого типа бываютъ чаще всего у лицъ вообще неуравновѣшенныхъ, неустойчивыхъ, представлявшихъ и до проявленія аффекта болѣзненныя уклоненія отъ нормальнаго строя душевной жизни. Ненормальности эти при обычныхъ условіяхъ сдерживаются силою высшихъ центровъ и не проявляются съ такою рѣзкостью, чтобы дѣянія человѣка выходили чрезмѣрно изъ круга дѣяній, свойственныхъ людямъ, психически здоровымъ. Но подъ вліяніемъ аффекта, иногда и не чрезмѣрно сильнаго, у такого рода людей сдерживающее вліяніе ихъ высшихъ центровъ нарушается, и всѣ болѣзненныя свойства ихъ личности выступаютъ съ чрезвычайной рѣзкостью и проявляются въ поступкахъ, нерѣдко поражающихъ своей дикостью и несоотвѣтствіемъ съ поступками и свойствами даннаго лица, какимъ мы его знаемъ въ состояніи относительнаго равновѣсія.

Появленіемъ аффектовъ необыкновенной силы или съ рѣзко выраженнымъ болѣзненнымъ характеромъ не ограничивается отношеніе аффектовъ къ патологіи. Иногда болѣзненное состояніе проявляется въ томъ, что аффекты, хотя и не выходящіе изъ нормальныхъ границъ по своей степени, проявляются необыкновенно часто. Такъ это бываетъ у людей впечатлительныхъ, нервныхъ, неспособныхъ владѣть собой, у вспыльчивыхъ и у алкоголиковъ, при началѣ прогрессивнаго паралича и многихъ другихъ формъ.

Особенно благопріятную для появленія аффектовъ почву составляютъ душевныя болѣзни, соединенныя съ разстройствомъ душевнаго настроенія. Но тутъ почти всегда аффектъ соотвѣтствуетъ по своему характеру — характеру настроенія. Такъ, при печальномъ настроеніи очень часто бываютъ аффекты тоски, страха; при веселомъ— аффекты восторга и т. д.

Съ особеннымъ вниманіемъ должны мы остановиться на аффектахъ непріятнаго, мучительнаго свойства, такъ какъ съ ними очень часто приходится считаться у душевно-больныхъ. Эти аффекты обусловливаются печальнымъ чувствомъ — горемъ, отчаяніемъ и т. п. Иногда они являются подъ вліяніемъ внѣшнихъ впечатлѣній или тяжелыхъ воспоминаній, иногда же совершенно самобытно, какъ невралгія, какъ самостоятельная душевная боль, о которой мы будемъ говорить при изложеніи качественныхъ разстройствъ душевнаго чувства. Подъ вліяніемъ такого рода душевной боли, взрывы аффекта, вызываемые подчасъ совершенно неожиданно, сопровождаются дикими проявленіями отчаянія, съ стремленіемъ къ разрушенію, нанесенію себѣ тяжкихъ поврежденій и къ самоубійству; они носятъ названіе **raptus melancholicus**.

2. Уменьшенная интенсивность эмоцій. Болѣзненная апатія Если у душевно-больныхъ приходится часто наблюдать наклонность къ появленію эмоцій въ чрезмѣрной степени, то точно также весьма нерѣдко приходится наблюдать случаи, въ которыхъ сильныхъ эмоцій совсѣмъ не развивается; въ этихъ случаяхъ мы говоримъ, что больные апатичны, а состояніе ихъ называемъ болѣзненнымъ равнодушіемъ или апатіей. Апатія наблюдается при всѣхъ упомянутыхъ выше случаяхъ, въ которыхъ вообще душевная чувствительность понижена, слѣд. при состояніяхъ ступора и нѣкоторыхъ формахъ глубокаго слабоумія. Но иногда мы можемъ встрѣтить больныхъ, у которыхъ нѣтъ потери душевной чувствительности, но всетаки существуетъ апатія. Въ этихъ случаяхъ мы наблюдаемъ, что окружающія событія и воспоминанія вызываютъ въ больномъ и огорченіе, и радость, и досаду, словомъ сопровождаются реакціеи душевнаго чувства, но интенсивность эмоціональныхъ движеній весьма не велика. То, что у нормальнаго человѣка произвело бы сильное горе, или вызвало бы глубокое чувство восхищенія, радости, — у такихъ людей вызываетъ лишь намекъ на соотвѣтствующія состоянія, вслѣдствіе чего они являются безучастными среди обстоятельствъ, сильно волнующихъ людей другой категоріи. Такое состояніе бываетъ или тогда, когда у больного вниманіе почти исключительно поглощено какими-нибудь одними мыслями, напримѣръ у нѣкоторыхъ больныхъ, занимающихся всецѣло своими бредовыми идеями,

или тогда, когда энергія душевной жизни даннаго больного не велика. Послѣднее мы замѣчаемъ при различныхъ состояніяхъ слабоумія, истощенія мозговой дѣятельности, а также у нѣкоторыхъ изъ лицъ, принадлежащихъ къ категоріи вырождающихся (дегенерантовъ).

Состояніе апатіи мы узнаемъ главнымъ образомъ по отсутствію у больного тѣхъ двигательныхъ проявленій, которыми выражаются сильныя эмоціи (измѣненія мимики, вазомоторныя проявленія, поступки). Однако нужно всегда помнить, что, руководствуясь только одними этими признаками, можно легко впасть въ обманъ и счесть за апатичнаго такого больного, у котораго есть глубокій аффектъ; такъ есть больные, у которыхъ внѣшнее проявленіе чрезвычайно заторможено, а между тѣмъ у нихъ возникаютъ глубокія эмоціи, иногда разражающіяся вдругъ совершенно неожиданно рѣзкими, бурными взрывами двигательной реакціи въ крайне опасной формѣ, какъ для самихъ больныхъ, такъ и окружающихъ.

б) Качественныя разстройства въ сферѣ чувствъ.

Какъ было сказано выше, сюда относятся тѣ разстройства, которыя выражаются въ болѣзненномъ преобладаніи того или другого чувственнаго тона: въ однихъ случаяхъ преобладаніе пріятнаго чувства, въ другихъ, наоборотъ, непріятнаго. Изъ нашего психологическаго очерка уже стало извѣстно, что и въ нормальномъ состояніи иной разъ мы болѣе способны испытывать пріятныя чувствованія, иной разъ — непріятныя. Это зависитъ, какъ было сказано, отъ состоянія нашего самочувствія и отъ настроенія, въ которомъ мы находимся. У душевнобольныхъ вліянія состоянія самочувствія и настроенія выражаются чрезвычайно рѣзко, а потому первыя двѣ группы качественныхъ разстройствъ въ душевной чувствительности будутъ составлять разстройства въ самочувствіи и въ настроеніи.

1) **Измѣненія самочувствія.** Самочувствіе человѣка, какъ извѣстно, находится въ большой зависимости отъ тѣхъ ощущеній, которыя онъ получаетъ отъ своихъ внутреннихъ органовъ. Мы знаемъ, что въ нормальномъ состояніи человѣкъ испытываетъ отъ своихъ внутреннихъ органовъ ощущенія, хотя очень не интенсивныя, но достаточныя для того, чтобы у него являлось ощущеніе своего физическаго благосостоянія или нормальное самочувствіе. Въ болѣзненныхъ состояніяхъ ощущенія эти могутъ измѣняться и качественно, и количественно, и въ зависимости отъ этого будетъ измѣняться и самочувствіе. Вмѣсто при-

сущаго нормальному самочувствію пріятнаго тона, оно можетъ сопровождаться непріятнымъ тономъ въ бо́льшей или меньшей степени; тогда будетъ ощущеніе немощности, слабости, болѣзненности, — словомъ, болѣзненно-пониженное самочувствіе. Такого рода самочувствіе бываетъ и при физическомъ нездоровьѣ, когда болѣзненное состояніе внутреннихъ органовъ вызываетъ непріятныя ощущенія въ нихъ; но иногда оно бываетъ и безъ всякаго соотвѣтствія съ физическимъ состояніемъ внутреннихъ органовъ, а лишь въ связи съ измѣненіемъ воспріимчивости въ нервной системѣ, какъ напр. при депрессивныхъ формахъ неврастеніи, при ипохондріи и нѣкоторыхъ меланхолическихъ состояніяхъ. Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, тонъ самочувствія будетъ слишкомъ пріятный; больной будетъ испытывать въ себѣ необыкновенную силу и мощь, — это будетъ болѣзненно-повышенное самочувствіе. Это бываетъ при маніи и вообще при маніакальныхъ состояніяхъ. Иной разъ дѣйствительное состояніе физическаго здоровья далеко не соотвѣтствуетъ тому возвышенному самочувствію, которое испытываетъ больной.

Въ большинствѣ случаевъ повышенное самочувствіе вызываетъ и повышенное настроеніе, а, наоборотъ, пониженное самочувствіе вызываетъ настроеніе подавленное.

2) **Разстройства въ настроеніи** Какъ я уже сказалъ, настроеніе человѣка опредѣляется частью его самочувствіемъ, частью внѣшними явленіями. Если человѣкъ окруженъ впечатлѣніями пріятными, то онъ долженъ испытывать радостное настроеніе, если печальными—непріятное. Въ нормальныхъ условіяхъ настроеніе болѣе или менѣе соотвѣтствуетъ обстоятельствамъ, среди которыхъ находится человѣкъ. Въ болѣзненномъ же состояніи часто является несоотвѣтствіе, вслѣдствіе чего, наприм., непріятное настроеніе можетъ быть и у человѣка, окруженнаго всѣми благами жизни.

Измѣненія въ настроеніи духа, встрѣчающіяся у душевно-больныхъ, бываютъ главнымъ образомъ двухъ родовъ: или является болѣзненно подавленное, печальное настроеніе, или болѣзненно-повышенное, пріятное настроеніе.

Болѣзненно подавленное (депрессивное) настроеніе, или душевное угнетеніе (Dysthymia) наблюдается съ особенною рѣзкостью при меланхоліи и вообще при меланхолическихъ состояніяхъ. Въ этомъ состояніи больной находится всецѣло подъ давленіемъ тяжелаго чувства. Онъ испытываетъ душевное страданіе, грусть, тоску, отчаяніе. Все ему кажется мрачнымъ, и самъ онъ дуренъ, и все окружающее говоритъ ему только о печали, о несчастіи. Въ прошедшемъ онъ видитъ свои про-

ступки, свои грѣхи, въ будущемъ — все безотрадно и для него, и для его близкихъ. Онъ самъ — недостойный, отверженный человѣкъ, его жена, его дѣти погибли изъ-за него. Все то, что въ другое время могло доставить удовольствіе, теперь вызываетъ грусть (такъ наз. психическая гипералгезія, о которой мы будемъ говорить ниже); радость другихъ людей ему кажется неестественной, притворной; часто больные въ такомъ состояніи говорятъ, что они не могутъ и понять, какъ могутъ люди радоваться; къ своимъ прошедшимъ радостямъ они относятся, какъ къ грустнымъ, печальнымъ заблужденіямъ.

Степень такого измѣненія настроенія весьма различна. Иной разъ это бываетъ въ формѣ небольшой тоскливости, въ другихъ случаяхъ измѣненіе настроенія доходитъ до величайшаго отчаянія, до степени настоящей душевной боли (**neuralgia psychica**), которой больной не въ состояніи выдержать и, чтобы избавиться отъ нея, рѣшается на самоубійство. О состояніи, бывающемъ при душевной боли, мы впрочемъ будемъ говорить подробнѣе, когда будетъ рѣчь объ аффектахъ, являющихся на почвѣ депрессивнаго настроенія.

Соотвѣтственно болѣзненно-печальному настроенію бываетъ и болѣзненно веселое настроеніе, **повышенное, экспансивное** (**Hyperthymia**). Это состояніе характеризуется тѣмъ, что у больного безъ достаточныхъ внѣшнихъ условій, иногда даже вопреки имъ, является очень веселое, радостное чувство довольства всѣмъ — и собою, и окружающими. Больному вспоминаются только радостныя вещи, окружающее представляется ему въ розовомъ цвѣтѣ. Иногда больной находится въ состояніи всеблаженства (эйфорія). Въ такомъ состояніи онъ испытываетъ радость отъ ничтожнѣйшихъ впечатлѣній, которыя не вызываютъ у здороваго никакого чувства, больного же они приводятъ въ постоянное восторженное состояніе, въ состояніе необыкновеннаго блаженства: онъ не находитъ словъ, какъ выразить свой восторгъ; его комната превосходна, воздухъ — великолѣпенъ, окружающіе люди необыкновенно хороши, онъ самъ на верху блаженства, онъ чувствуетъ въ себѣ столько силъ, столько талантовъ, что и высказать нельзя; словомъ, онъ счастливѣйшій человѣкъ среди всего прекраснаго въ этомъ лучшемъ изъ міровъ. Такое состояніе бываетъ при нѣкоторыхъ формахъ маніи и маніакальныхъ состояніяхъ прогрессивнаго паралича.

Кромѣ депрессивнаго и экспансивнаго настроенія у душевно-больныхъ нерѣдко можно наблюдать смѣшанное настроеніе. Сюда относится настроеніе гнѣвное, капризное. Настроеніе гнѣвное выражается въ сочетаніи возвышеннаго самочувствія или возвышеннаго представленія о себѣ съ наклонностью къ раздраженію, къ испытыванію непріят-

ныхъ ощущеній вслѣдствіе неудовлетворенія желаній иногда самыхъ неисполнимыхъ. Капризное настроеніе обусловливается большею частью измѣнчивостью и неустойчивостью пріятнаго и непріятнаго настроенія и несоотвѣтствіемъ самочувствія и оцѣнки отношеній къ себѣ окружающихъ.

Основою болѣзненно разстроеннаго настроенія является, конечно, то, что настроеніе вызывается не психологическимъ путемъ, а чисто органическимъ. Для объясненія этого въ настоящее время пользуются теоріей Мейнерта, по которой чувство удовольствія обусловливается богатствомъ кислорода въ нервныхъ элементахъ мозговой коры, а, наоборотъ, непріятное чувство — недостаточностью кислорода.

Если кора полушарій будетъ бѣдна кислородомъ, то, вслѣдствіе того, что кислородъ необходимъ для дѣятельности нервныхъ элементовъ, является ослабленіе проводимости возбужденія среди элементовъ коры — заторможеніе дѣятельности, застой въ душевныхъ процессахъ, что и вызываетъ непріятное чувство. Наоборотъ, при богатствѣ кислородомъ элементы коры работаютъ живѣе и быстрѣе, возбужденіе по элементамъ коры идетъ легче, и это облегченіе воспринимается сознаніемъ въ формѣ пріятнаго чувства. Этимъ объясняется, почему при непріятномъ (депрессивномъ) настроеніи мышленіе затруднено, представленія смѣняютъ другъ друга медленно, рѣчь и движенія медленны, тогда какъ при настроеніи экспансивномъ бываетъ совершенно наоборотъ: быстрая смѣна мыслей, большое количество движеній — такихъ, какъ смѣхъ, танцы и т. п.

Чѣмъ же обусловливается бѣдность или богатство кислородомъ коры полушарій? По мнѣнію Мейнерта, это обусловливается прежде всего достаточнымъ или недостаточнымъ притокомъ артеріальной крови къ элементамъ коры. Мейнертъ указываетъ, что въ организаціи головного мозга существуетъ очень цѣлесообразная система регулированія кровообращенія, т.-е. притока крови къ тѣмъ или другимъ отдѣламъ коры, смотря по надобности. При болѣзненныхъ условіяхъ правильность регулированія разстраивается, вслѣдствіе чего и является или бѣдность кислородомъ отдѣльныхъ участковъ мозговой коры, или, наоборотъ, чрезмѣрное богатство имъ. Соотвѣтственно этому, въ первомъ случаѣ будетъ болѣзненно депрессивное, а во второмъ — болѣзненно экспансивное душевное настроеніе.

Нужно впрочемъ замѣтить, что теорія Мейнерта, хотя обработанная имъ очень подробно, далеко не можетъ считаться доказанной.

Къ явленіямъ, относящимся къ разстройствамъ въ настроеніи, при-

надлежитъ также болѣзненная измѣнчивость (неустойчивость) настроенія.

Есть цѣлый рядъ больныхъ, у которыхъ одно и то же болѣзненное настроеніе держится долгое время очень прочно. Особенно это бываетъ при печальномъ настроеніи меланхоликовъ; обыкновенно проходятъ мѣсяцы и даже годы, а настроеніе все остается печальнымъ. Сравнительно рѣже бываетъ такая продолжительная устойчивость по отношенію къ веселому настроенію, но и у маніакальныхъ больныхъ приходится ее наблюдать иногда въ теченіе нѣсколькихъ недѣль и мѣсяцевъ подрядъ.

Съ другой стороны бываютъ обратные случаи, въ которыхъ настроеніе отличается чрезвычайной неустойчивостью: не только оно колеблется по днямъ—сегодня настроеніе печальное, а завтра оно веселое, — но и въ теченіе дня множество колебаній: больной веселъ, доволенъ, — и вдругъ все измѣняется, является недовольство, печаль, раздраженіе. Особенно часто это бываетъ при истеріи, но также вообще у лицъ неуравновѣшенныхъ (дегенерантовъ), алкоголиковъ, неврастениковъ. Иногда оно бываетъ и при тѣхъ формахъ помѣшательства, при которыхъ бредовыя идеи являются вдругъ, совершенно неожиданно захватывая вниманіе больного; въ такихъ случаяхъ нерѣдко можно видѣть, какъ больной, до этого веселый, общительный, разговорчивый, вдругъ мѣняется въ лицѣ, становится задумчивъ, злобенъ, уединяется.

3) Къ качественнымъ разстройствамъ въ сферѣ чувствъ относятся также особыя состоянія, выражающіяся въ чрезмѣрномъ увеличеніи или ослабленіи непріятнаго и пріятнаго чувственнаго тона

а) Со стороны непріятнаго чувственнаго тона мы имѣемъ психическую гипералгезію и мучительное притупленіе душевной чувствительности. Оба эти состоянія развиваются очень часто на почвѣ печальнаго настроенія.

Первое изъ этихъ состояній, **психическая гипералгезія (Hyperalgesia psychica)** аналогично тѣлесной гипералгезіи. Подобно тому, какъ въ тѣлесной области мы говоримъ объ усиленіи болевой чувствительности, о hyperalgesia, можно также говорить *объ усиленіи болевой чувствительности и въ сферѣ душевнаго чувства (hyperalgesia psychica)*; при этомъ больной воспринимаетъ всѣ впечатлѣнія, какъ болевыя. Тѣ впечатлѣнія, которыя въ нормальномъ состояніи вызывали даже пріятное чувство, при этомъ состояніи начинаютъ вызывать болевое чувство. Такъ бываетъ, наприм., у меланхоликовъ, у которыхъ всѣ воспоминанія сопровождаются душевною болью: вспомнитъ меланхоликъ о женѣ, дѣтяхъ, и ему вмѣсто радости — горе Оттого такимъ больнымъ часто вредно

не только жить среди своей обстановки, а даже и видаться во время лѣченія съ своими родными.

Второе состояніе, **мучительное притупленіе душевной чувствительности**, аналогично тому, что въ сферѣ физической чувствительности называется психической парестезіей или дизестезіей. Какъ при нѣкоторыхъ разстройствахъ нервныхъ стволовъ и спинного мозга бываетъ крайне непріятное чувство онѣмѣнія, соединенное съ мучительною болью въ той или другой области тѣла, такъ и у душевно-больныхъ бываютъ своеобразныя тягостныя душевныя состоянія, при которыхъ въ одно и то же время чувствуется съ одной стороны какое то притупленіе чувствительности, а съ другой—ужасная мука. При этомъ состояніи, извѣстномъ также подъ названіемъ **anaesthesia dolorosa psychica**, больные чувствуютъ, по ихъ словамъ, какъ бы онѣмѣніе всего ихъ существа, неспособность ничего чувствовать, неспособность испытывать не только чувства любви, радости, но даже и горе, печаль; „я — говоритъ больной, — точно дерево или каменное чудовище". Это ощущеніе такъ мучительно, что нерѣдко больные рѣшаются изъ-за него на самоубійство.

Вотъ какъ описалъ одинъ больной въ письмѣ къ знаменитому французскому психіатру Эскиролю это мучительное состояніе:

„Я все еще постоянно страдаю и не свободенъ отъ болѣзни ни на минуту, не имѣю никакого человѣческаго ощущенія; окруженный всѣмъ, что дѣлаетъ жизнь счастливою и пріятною, я не имѣю способности наслаждаться и ощущать: и то, и другое сдѣлалось для меня физически невозможнымъ. Во всемъ, въ самыхъ нѣжныхъ ласкахъ моихъ дѣтей, я нахожу только горечь; я покрываю ихъ поцѣлуями, но между ними и моими губами есть всегда что-то, и это ужасное что-то находится постоянно между мною и всѣми наслажденіями жизни. Мое существованіе неполно: отправленія, акты обыкновенной жизни остались у меня, но въ каждомъ изъ нихъ недостаетъ чего-то и именно ощущенія, принадлежащаго ему, и радости, слѣдующей за нимъ. Каждое мое чувство, каждая часть самого меня, какъ будто отдѣлена отъ меня и не можетъ доставлять мнѣ ощущеній; эта невозможность зависитъ повидимому отъ пустоты, которую я чувствую спереди въ головѣ, и отъ уменьшенія ощущенія на поверхности всего тѣла, потому что мнѣ кажется, что я никогда не достигаю вполнѣ предмета, который я трогаю... я чувствую на кожѣ измѣненіе температуры, но внутренняго ощущенія воздуха при дыханіи у меня нѣтъ болѣе... Глаза мои видятъ, умъ мой воспринимаетъ, но ощущенія того, что я вижу, у меня совершенно нѣтъ..."

Изъ этого описанія, выраженнаго впрочемъ еще не такъ мучительно, какъ бываетъ оно въ нѣкоторыхъ другихъ случаяхъ, видно, что рядомъ

съ измѣненіемъ психической чувствительности, существуетъ своеобразное измѣненіе и физической чувствительности въ области ощущеній, связанныхъ съ процессомъ воспріятія и сознанія, своеобразная парестезія общаго чувства.

б) Со стороны пріятнаго чувственнаго тона мы также имѣемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ увеличеніе, въ другихъ—уменьшеніе его. Первое состояніе носитъ названіе гиперэдоніи, второе — гифэдоніи. **Гифэдонія (Hyphedonia)**, т.-е. ослабленіе или полное уничтоженіе пріятнаго чувственнаго тона бываетъ иногда общее и выражается въ томъ, что больной рѣшительно не можетъ испытывать пріятныхъ чувствованій. Это особенно часто бываетъ у меланхоликовъ, для которыхъ часто пріятныя чувствованія кажутся чѣмъ-то невозможнымъ. Часто бываетъ также пониженіе пріятнаго чувственнаго тона въ области одного какого нибудь чувства; такъ особенно часто это наблюдается относительно полового чувства и выражается въ полномъ отсутствіи сладострастія или въ отсутствіи удовлетворенія при половыхъ сношеніяхъ. Это бываетъ у истеричныхъ, неврастениковъ и многихъ больныхъ съ органическими разстройствами нервной системы. Иногда ослабленіе пріятнаго чувства бываетъ и въ области чувства голода (**anorexia**) и въ отсутствіи удовлетворенія отъ пріема пищи.

Гиперэдонія выражается въ увеличеніи пріятнаго чувства. Она бываетъ въ нѣкоторыхъ формахъ экспансивнаго настроенія, когда все мало-мальски пріятное кажется необыкновенно хорошимъ, вызываетъ необыкновенное чувство удовольствія. Частичная гиперэдонія бываетъ также въ области отдѣльныхъ чувствованій, почти исключительно впрочемъ въ области полового чувства и выражается въ усиленномъ сладострастіи и въ томъ, что непосредственно послѣ полового удовлетворенія половое чувство возбуждается вновь и иногда еще въ большей степени.

4) Какъ было выше сказано, при состояніяхъ, соединенныхъ съ разстройствомъ настроенія, является особенно благопріятная почва для появленія аффектовъ. Аффектъ въ этихъ случаяхъ по своему характеру соотвѣтствуетъ чувственному тону настроенія; при печальномъ настроеніи бываютъ аффекты отчаянія, ужаса; при веселомъ— аффекты восторга, восхищенія.

Съ аффектами мучительнаго свойства очень часто приходится встрѣчаться у душевно-больныхъ, и мы должны остановиться на нихъ съ особеннымъ вниманіемъ, потому что они нерѣдко ведутъ къ чрезвычайно важнымъ послѣдствіямъ—самоубійству, самоувѣчью и обязываютъ врача къ самому внимательному наблюденію за больнымъ

Аффекты мучительнаго свойства связаны всегда съ печальнымъ чувствомъ душевнаго страданія. Они являются или подъ вліяніемъ внѣшнихъ впечатлѣній, иногда и сравнительно незначительныхъ, но падающихъ на подготовленную почву, или подъ вліяніемъ тяжелыхъ воспоминаній, или совершенно самобытно, какъ физическая невралгія, почему и носятъ названіе—**психической невралгіи (Neuralgia psychica), самостоятельной душевной боли.**

Самый частый видъ, въ которомъ проявляются эти аффекты, есть тоска. Проявленія аффекта тоски въ психической сферѣ состоятъ, во-первыхъ, въ крайней односторонности мышленія; кромѣ того, что окрашено въ крайне мрачный, печальный цвѣтъ, ничто не входитъ въ сознаніе; человѣку до очевидности ясно, что ему нѣтъ выхода, предстоитъ одна гибель; никакія соображенія противоположныя не доступны больному, никакія чувства пріятныя не могутъ корригировать дѣлаемый выводъ. Одни только представленія мрачныя съ поразительною настойчивостью преслѣдуютъ сознаніе.

Рядомъ съ этимъ существуютъ и физическія явленія: во-первыхъ, чувствуется боль въ предсердіи—такъ-называемая *anxietas praecordialis*; грудь точно въ тискахъ, какое-то необыкновенно мучительное сосаніе въ подложечной области, или ощущеніе чего-то болѣзненно-ноющаго, какого-то посторонняго тѣла, которое хотѣлось бы вырвать изъ груди. Въ то же время дыханіе затруднено, является наклонность къ порывистымъ вздохамъ, что выражается въ причитаніяхъ, стонахъ. Нерѣдко при этомъ бываетъ потребность къ разрушительнымъ дѣйствіямъ,—человѣкъ рветъ волосы, разрываетъ платье, иногда стремится лишить себя жизни съ едва преодолимой силой. Иногда такой приступъ тоски является неожиданно, вдругъ, быстро достигаетъ чрезвычайной силы; въ такомъ случаѣ онъ называется *raptus melancholicus*. Подобные приступы нерѣдки у меланхоликовъ. Но у нихъ же, а также и при другихъ формахъ болѣзни могутъ быть приступы другихъ аффектовъ, напримѣръ, аффекта страха, ужаса и мучительнаго недоумѣнія.

Аффектъ ужаса и страха является тоже на почвѣ депрессивнаго настроенія, особенно при меланхоліи и меланхолическомъ состояніи. Но этотъ аффектъ приходится нерѣдко наблюдать у душевно-больныхъ и помимо меланхоліи. Такъ онъ встрѣчается у больныхъ съ разстройствомъ сознанія, особенно въ началѣ той формы, которую Мейнертъ описалъ подъ названіемъ Amentia, и которую называютъ также острымъ безсмысліемъ или галлюцинаторнымъ помѣшательствомъ. При этомъ очень часто, подъ вліяніемъ неспособности оріентироваться въ

окружающихъ явленіяхъ, больной всего пугается, отъ всего отстраняется. Страхъ при этомъ достигаетъ иногда крайней степени, является *панфобія*: больному все кажется совершенно неожиданнымъ, крайне неяснымъ, страннымъ, грозящимъ опасностью, вслѣдствіе чего онъ не находитъ себѣ мѣста, мечется въ ужасѣ по комнатѣ, выбрасывается изъ окна, убѣгаетъ изъ дома...

Въ высокой степени мучительный аффектъ недоумѣнія тоже очень часто встрѣчается при депрессивныхъ формахъ остроразвивающагося безсмыслія и вообще при формахъ, соединенныхъ со спутанностью сознанія. Иногда больные страшно страдаютъ отъ непониманія своего состоянія, отъ невозможности отдать отчетъ и въ окружающемъ, а главное въ своихъ собственныхъ ощущеніяхъ. „Что это такое? Что это такое?... Я не понимаю... Я ничего не понимаю... Это не то, что вы говорите... Нѣтъ, нѣтъ... Я не могу понять...“—твердятъ такіе больные безпрерывно. Мнѣ думается, что въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ рѣзко выраженное измѣненіе самочувствія вслѣдствіе глубокаго разстройства интеллектуальнаго чувства,—чувства, которое при своемъ удовлетвореніи даетъ удовольствіе отъ яснаго сознанія правильности выводовъ и послѣдовательности мышленія. Аффектъ этотъ и бываетъ почти всегда соединенъ съ нарушеніемъ правильности хода мыслей. Правда, иногда аффективное состояніе недоумѣнія кажется болѣе выраженнымъ, чѣмъ дѣйствительное разстройство пониманія; больной въ дѣйствительности (какъ ясно видно изъ его словъ и дѣйствій) гораздо правильнѣе понимаетъ окружающее и свое состояніе, чѣмъ можно думать по его постояннымъ жалобамъ на непониманіе; въ этихъ случаяхъ по всей вѣроятности несоотвѣтствіе въ ощущеніи разстройства мышленія съ дѣйствительнымъ состояніемъ его обусловливается своеобразной иллюзіей общаго чувства, именно по отношенію къ ощущеніямъ, сопровождающимъ процессы мышленія и въ нормальномъ состояніи имѣющимъ пріятный чувственный тонъ при правильномъ ходѣ мышленія. Здѣсь же даже и правильное мышленіе можетъ сопровождаться непріятнымъ чувственнымъ тономъ, т. е. интеллектуальнымъ чувствованіемъ непріятнымъ, тягостнымъ.

Изъ другихъ аффектовъ имѣютъ довольно большое значеніе аффекты гнѣва. У нѣкоторыхъ больныхъ—маніакальныхъ, галлюцинантовъ, паралитиковъ, алкоголиковъ—они иногда достигаютъ очень большой степени и вызываютъ проявленія дикаго насилія, противъ которыхъ нужно принимать большія мѣры предосторожности. Они бываютъ и на почвѣ печальнаго настроенія, и на почвѣ настроенія экспансивнаго.

Кромѣ аффектовъ гнѣва на почвѣ экспансивнаго настроенія бываютъ аффекты восторга и восхищенія. Они являются у больныхъ маніакальныхъ, а также у страдающихъ нѣкоторыми формами помѣшательства, и большею частью находятся въ сочетаніи съ религіозной экзальтаціей или бредовыми идеями и галлюцинаціями религіознаго или эротическаго содержанія. Въ очень сильной степени эти аффекты вызываютъ состояніе экстаза, при которомъ вмѣстѣ съ чувствомъ восхищенія существуетъ напряженіе сознанія въ одну сторону, часто съ полной невоспріимчивостью къ впечатлѣніямъ изъ окружающей дѣйствительности, остановкой мышленія.

Иногда описанные аффекты являются у душевно-больныхъ эпизодически. Въ другихъ же случаяхъ состояніе аффекта затягивается надолго—является длительное аффективное состояніе.

Длительныя аффективныя состоянія носятъ различный характеръ, смотря по тому, какое чувство лежитъ въ основѣ аффектовъ. Такъ, есть длительное тоскливое состояніе, есть состояніе длительнаго мучительнаго недоумѣнія или страха, ужаса, есть состояніе длительнаго восторга, длительнаго гнѣва. При этихъ состояніяхъ замѣчаются тѣ же явленія, которыя замѣчаются при аффектахъ не длительныхъ, т. е. тотъ же эффектъ на сознаніе, такія же проявленія въ двигательной сферѣ, только все это длится не часы, а недѣли и мѣсяцы. Понятное дѣло, что въ теченіе всего этого времени степень аффекта не всегда бываетъ одинакова: бываютъ временныя пониженія и временныя экзацербаціи

Присутствіе аффективнаго состоянія въ той или другой степени и формѣ чрезвычайно характерно для діагностики отдѣльныхъ видовъ душевныхъ разстройствъ. Поэтому при изслѣдованіи душевно-больныхъ на него должно быть обращено большое вниманіе.

5) Къ качественнымъ разстройствамъ въ эмоціональной сферѣ нужно отнести также замѣчающіяся у нервныхъ субъектовъ, а также и у нѣкоторыхъ душевно-больныхъ, особенно у дегенерантовъ,—психическія идіосинкразіи, т. е. появленіе крайне непріятнаго чувства, вызываемаго какими нибудь опредѣленными предметами и явленіями. Такъ, нѣкоторые испытываютъ невыносимое чувство при видѣ пауковъ, тараканов, мышей, другие не могутъ слышать какого-нибудь слова, у нѣкоторыхъ бываетъ чрезмѣрный страхъ ходить по площадямъ (агорафобія); у другихъ является страхъ, что они упадутъ съ высоты, у третьихъ боязнь умереть среди толпы или если они останутся одни, вообще чрезмѣрный страхъ смерти, боязнь темноты, у четвертыхъ крайне непріятное ощущеніе, когда имъ кажется, что они обращаютъ

на себя вниманіе. Объ этихъ явленіяхъ мы отчасти уже говорили, когда говорили о навязчивыхъ идеяхъ. Такого рода явленія, въ которыхъ характернымъ симптомомъ является присоединеніе аффекта (иногда) непобѣдимаго страха къ предметамъ и положеніямъ, вообще не долженствующимъ вызывать боязни,—называются явленіями патологическаго страха, фобіями.

4. Разстройства въ сферѣ воли.

Мы уже говорили, что активная сторона душевной жизни проявляется частью въ движеніяхъ, т.-е. поступкахъ и рѣчи, частью въ направленіи вниманія. Проявленія перваго рода составляютъ проявленіе внѣшней дѣятельности; проявленіе второго рода—внутренней дѣятельности. Проявленія какъ перваго, такъ и второго рода относятся къ сферѣ воли.

Но сфера воли обнимаетъ не только способы проявленія душевной дѣятельности, но и мотивы ея проявленія. Основаніемъ всѣхъ внѣшнихъ проявленій душевной жизни служитъ то, что наши мысли и чувства имѣютъ роковую тенденцію выражаться наружу, вызывать движенія, чтобы этимъ завершить рефлекторный актъ. Мысли и чувства рождаютъ стремленія, стремленія переходятъ въ двигательные акты или въ акты вниманія. Оказывается однако, что не всѣ мысли и чувства непосредственно переходятъ въ акты. Иногда проявленіе ихъ задерживается. Способность задерживать проявленія стремленій, присущая человѣку, обусловливается тѣмъ, что нерѣдко отдѣльныя стремленія влекутъ къ взаимно-противуположнымъ дѣйствіямъ, вслѣдствіе чего внѣшняго проявленія временно не происходитъ.

Анализируя явленія, относящіяся къ сферѣ сознательной воли у человѣка, мы замѣчаемъ, что стремленія человѣка иногда могутъ чувствоваться имъ какъ побужденія, влекущія его къ тому или другому *помимо его сознательнаго одобренія*; иногда-же какъ результаты *сознательнаго выбора или одобренія*. Въ первомъ случаѣ стремленія называются просто „влеченіями“, во второмъ они обращаются въ то, что называется „хотѣніями“.

Влеченія суть сознательныя *побужденія*, обусловленныя различными чувствами, переживаемыми человѣкомъ въ ту или другую минуту. Хотѣніе есть сознательное *рѣшеніе* послѣдовать тому или другому побужденію. Это сознательное рѣшеніе обусловливается тѣмъ, что въ каждомъ человѣкѣ есть запасъ стремленій, свойственныхъ именно *ему*, со-

ставляющихъ характерную особенность *его* личности. Эти стремленія составляются изъ привычекъ даннаго человѣка, преобладающихъ въ немъ чувствованій, побужденій, обусловленныхъ привязанностями, инстинктивными стремленіями наиболѣе сильными въ данномъ лицѣ, разсудительностью, сознаніемъ долга, религіозными убѣжденіями и міросозерцаніемъ. Всѣ они вмѣстѣ составляютъ болѣе или менѣе большую силу стремленій, контролирующихъ такія влеченія, которыя обязаны своимъ происхожденіемъ впечатлѣніямъ данной минуты. Они или попускаютъ эти влеченія, или задерживаютъ ихъ проявленіе; они обусловливаютъ собою то, что называется мотивами того или другого дѣйствія.

Въ патологическихъ состояніяхъ разстройства, относящіяся къ сферѣ воли, могутъ касаться различныхъ сторонъ ея. Такъ могутъ быть 1, болѣзненныя разстройства въ мотивахъ дѣйствій, 2, разстройства во влеченіяхъ и хотѣніяхъ и, наконецъ, 3, разстройства въ двигательныхъ актахъ. Изъ нихъ вторая группа, т.-е. разстройства влеченій и хотѣній будутъ раздѣляться на а) такія, въ которыхъ проявляется усиленіе влеченій или хотѣній, б) такія, въ которыхъ проявляется ихъ ослабленіе, и в)—въ которыхъ проявляется ихъ извращеніе. Въ свою очередь 3-я группа, т.-е. разстройства въ двигательныхъ актахъ раздѣляются на а) разстройства внутренней волевой дѣятельности—иначе разстройства вниманія и б) разстройства внѣшнихъ актовъ, т.-е. движеній.

Мы начнемъ съ разстройства въ мотивахъ дѣйствій.

1. **Разстройства въ мотивахъ дѣйствій.** Анализируя мотивы дѣйствій различныхъ людей, мы находимъ, что они весьма различны. Самые простые мотивы суть мотивы непосредственнаго удовольствія и неудовольствія: подъ вліяніемъ ихъ человѣкъ стремится къ тому, что ему пріятно, и отстраняетъ то, что непріятно. При этомъ болѣе низкую степень будетъ составлять непосредственное стремленіе исполненія того, что пріятно только самому себѣ, а другую, болѣе высокую—непосредственное стремленіе доставить пріятное или удалить непріятное отъ другихъ, стремленіе, обусловливаемое тѣмъ, что называется сочувствіемъ, любовью. Это есть самая простая мотивація поступковъ; ее мы наблюдаемъ и у дѣтей, даже въ ранніе годы жизни. Но и въ наиболѣе низкой степени мотиваціи поступковъ мы можемъ различать отдѣльныя ступени: такъ, если побужденія эгоистическія сводятся только къ удовлетворенію низшихъ потребностей человѣка, чисто животныхъ сторонъ его жизни, то они будутъ стоять значительно ниже, чѣмъ побужденія,

вытекающія изъ стремленій интеллектуальныхъ, напримѣръ, изъ пытливости и любознательности (любопытства).

Итакъ, первую, наиболѣе низкую группу мотивовъ составляютъ побужденія, вытекающія изъ непосредственнаго стремленія къ достиженію того, что пріятно самому себѣ и что удовлетворяетъ животнымъ инстинктамъ человѣка.

Вторую—составляютъ побужденія, хотя тоже вытекающія изъ непосредственнаго стремленія къ тому, что пріятно самому себѣ, но вытекающія изъ примитивныхъ интеллектуальныхъ стремленій—пытливости, любознательности, развлеченія (игры, занятія и пр.), подражательности, стремленія къ красивому.

Третью группу составляютъ побужденія, вытекающія изъ непосредственнаго стремленія доставить пріятное другимъ или удалить отъ нихъ непріятное (сочувствіе, любовь).

Четвертую группу составляетъ болѣе сложный рядъ мотивовъ—мотивовъ пользы и вреда (себѣ или другимъ людямъ) отъ даннаго поступка. Для того, чтобы явились они, нужна уже гораздо болѣе развитая психическая жизнь, бо́льшая степень разсудочной дѣятельности. Но эти утилитарные мотивы далеко не составляютъ вершину руководящихъ поступками людей побужденій, особенно если человѣкъ руководствуется только стремленіемъ къ пользѣ для самого себя.

Значительно выше ихъ стоитъ пятая группа мотивовъ—мотивы обязанности, долга, которыми обусловливаются поступки нравственно развитыхъ существъ. Нельзя однако сказать, чтобы и мотивы долга составляли высшую степень побужденій. Мы видимъ нерѣдко, что увлекающіеся люди подъ вліяніемъ возмущенія тѣмъ, что кажется имъ несправедливостью, сами своими поступками нарушаютъ высшую справедливость; сознавая себя обязанными выступить въ защиту того, кто кажется имъ невиннымъ страдальцемъ, они не соразмѣряютъ своихъ дѣйствій съ общимъ строемъ жизни и потому своими дѣйствіями наносятъ часто непоправимый вредъ и себѣ, и другимъ, и тому дѣлу, которому они, кажется, служатъ. Донъ-Кихотъ, весь проникнутый чувствомъ долга и руководимый въ своихъ дѣйствіяхъ лишь сознаніемъ своихъ высокихъ обязанностей быть защитникомъ угнетенныхъ,—хотя и симпатиченъ и дорогъ намъ, но вызываетъ досаду и горькое сожалѣніе о томъ, что онъ не имѣетъ разумнаго пониманія дѣйствительности.

Поэтому высшую группу мотивовъ будутъ составлять тѣ, которыя обусловливаются побужденіями не только непосредственнаго удовлетворенія душевныхъ интересовъ (при томъ не для себя лично, но и для другихъ), не только правильнымъ разсужденіемъ о пользѣ и вредѣ

поступковъ, и не только непосредственнымъ чувствомъ долга и обязанности, но и разумомъ и сознаніемъ тѣснѣйшей связи всѣхъ явленій и своего личнаго *я* со всѣмъ строемъ жизни, стремленіемъ быть въ полной гармоніи съ высшими идеалами разума, любви, труда, самопожертвованія и мудраго подчиненія всѣхъ своихъ побужденій, даже и такихъ, которыя кажутся происходящими изъ безкорыстныхъ источниковъ,—высшему идеалу — соединенію добра, разума, любви и энергіи.

Изъ этихъ 6 категорій мотивовъ слагаются всѣ мотивы дѣйствій человѣка путемъ комбинацій ихъ въ разнообразнѣйшихъ формахъ.

Взаимное отношеніе вліянія этихъ 6 категорій мотивовъ весьма различно у различныхъ людей; у однихъ преобладаютъ мотивы непосредственно эгоистическаго удовольствія и неудовольствія, у другихъ—пользы, у третьихъ—сочувствія, у четвертыхъ—чувства долга, наконецъ, у пятыхъ—высшіе мотивы „разума“.

Переходимъ къ патологическимъ разстройствамъ въ мотивахъ дѣйствій.

Такъ какъ наличность и преобладаніе мотивовъ той или другой категоріи у человѣка обусловливаются какъ умственнымъ, такъ и нравственнымъ развитіемъ человѣка, содержаніемъ и свойствомъ его интеллектуальной и эмоціональной жизни,—совокупностью его влеченій и способностью направлять ихъ въ ту или другую сторону, то мотивы дѣйствій человѣка опредѣляютъ проявленія того, что мы называемъ его личностью.

А такъ какъ душевныя болѣзни суть болѣзни личности, то естественно, что при душевныхъ болѣзняхъ всегда измѣняется взаимное соотношеніе мотивовъ дѣйствій. Измѣненіе мотивовъ дѣйствій встрѣчается настолько часто при душевныхъ заболѣваніяхъ, что перечислить различные виды ихъ нѣтъ возможности—они также разнообразны, какъ разнообразны формы болѣзней. Здѣсь мы можемъ сказать объ этихъ измѣненіяхъ лишь въ общихъ чертахъ.

Такъ очень часто при душевныхъ болѣзняхъ происходитъ рѣзкое **измѣненіе въ качествѣ преобладающихъ мотивовъ**. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ при душевныхъ болѣзняхъ мотивы непосредственнаго удовольствія и неудовольствія преобладаютъ надъ всѣми другими. Это особенно рѣзко мы замѣчаемъ у маніаковъ, которымъ хочется все то, что имъ пріятно, и которые гнѣваются, если тотчасъ же не исполнить ихъ желанія; также у слабоумныхъ и друг.

Преобладаніе мотивовъ непосредственнаго удовольствія и неудовольствія въ дѣйствіяхъ человѣка составляетъ иногда первое

проявленіе болѣзни человѣка. Такъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ болѣзнь обнаруживается именно тѣмъ, что человѣкъ, извѣстный за деликатнаго, скромнаго, начинаетъ не обращать вниманія на интересы и желанія другихъ, говорить вещи, о которыхъ въ обществѣ не говорятъ, или, придя въ гости, потихоньку прячетъ въ свой карманъ понравившуюся ему чужую вещь.

Впрочемъ, въ большинствѣ случаевъ измѣненія въ мотивахъ дѣйствій суть выраженія не прямого разстройства въ волевой сферѣ, а суть проявленія разстройствъ въ сферѣ чувствъ и интеллекта: такъ, наприм., само собою понятно, что, если подъ вліяніемъ галлюцинацій и бредовыхъ идей у больного явится представленіе объ окружающихъ, какъ о врагахъ, то это вызоветъ съ его стороны враждебные поступки; точно также, если представится больному, что въ пищѣ, которую ему подаютъ, находится ядъ, то онъ, даже несмотря на голодъ, будетъ отказываться отъ ѣды; человѣкъ, испытывающій сильную тоску, будетъ стремиться къ самоубійству. Правда, во всѣхъ подобныхъ случаяхъ обращаетъ на себя вниманіе тотъ фактъ, что многіе больные особенно склонны подчиняться мотивамъ, вытекающимъ изъ ***болѣзненныхъ*** элементовъ душевнаго содержанія, напр. галлюцинаціямъ и бредовымъ идеямъ, а не воспріятіямъ и представленіямъ, соотвѣтствующимъ дѣйствительности [1]). Въ виду этого въ большинствѣ случаевъ намъ при констатированіи измѣненія мотивовъ дѣйствій душевно больныхъ приходится всегда узнавать, насколько зависитъ это измѣненіе ***отъ измѣненія въ интеллектуальной и особенно эмоціональной сферѣ больного***. Очень часто бредовыя идеи и галлюцинаціи, особенно ассоціированныя съ сильными эмоціями, имѣютъ роковое вліяніе на поступки больнаго. Но во многихъ случаяхъ мы не

[1]) Не могу не отмѣтить всей важности вопроса о томъ, чѣмъ именно обусловливается преобладающее вліяніе представленій ***болѣзненнаго*** происхожденія. Вопросъ этотъ пока еще не рѣшенъ, но заслуживаетъ серьезнаго вниманія какъ психіатровъ, такъ и психологовъ. Высказывались мнѣнія, что ложныя идеи и обманы чувствъ имѣютъ „внушающее" вліяніе. Не желая употреблять термина „внушенія", которымъ вообще сильно злоупотребляютъ, я полагаю однако, что между вліяніемъ гипнотическаго внушенія и воздѣйствіемъ на психическую сферу бредовыхъ идей и галлюцинацій существуетъ аналогія. Аналогія эта обусловливается тѣмъ, что и гипнотическое внушеніе и ложныя представленія обусловливаются, главнымъ образомъ, процессами въ области безсознательной идеаціи (психическаго автоматизма). Развиваясь въ этой области, при ослабленномъ подавленіи регулирующей дѣятельности центровъ высшихъ, ложныя идеи и галлюцинаціи пріобрѣтаютъ большую напряженность, приближающуюся по своей степени къ напряженности чисто рефлекторныхъ

находимъ замѣтныхъ основаній для измѣненія мотиваціи дѣйствій въ бредовыхъ идеяхъ или галлюцинаціяхъ, а должны признать, что измѣненіе качества преобладающихъ мотивовъ зависитъ только отъ измѣненія въ чувствахъ и влеченіяхъ больного вообще. Иной разъ и разстройства въ сферѣ душевныхъ чувствъ отступаютъ на второй планъ, а на первый планъ выступаютъ неправильные поступки больного, обусловленные неясными и противорѣчивыми мотивами, совершенно несоотвѣтствующими мотивамъ даннаго лица въ здоровомъ состояніи. Въ такихъ случаяхъ, какъ нерѣдко выражаются, мы имѣемъ на первомъ планѣ „бредъ поступковъ“ вмѣсто „бреда идей“ и „бреда чувствъ“. Несомнѣнно, однако, что измѣненія въ душевныхъ чувствахъ, обусловливающія интенсивность тѣхъ или другихъ влеченій, и здѣсь имѣютъ мѣсто.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ при душевныхъ болѣзняхъ паденіе нравственнаго качества мотивовъ: у человѣка, дѣйствовавшаго до болѣзни подъ вліяніемъ альтруистическихъ мотивовъ, становятся во время болѣзни преобладающими мотивы эгоистическіе; мотивы, вытекающіе изъ соображенія, благоразумія и чувства долга, тоже уступаютъ низшимъ мотивамъ непосредственнаго удовольствія и неудовольствія.

Однако нельзя отрицать того, что подъ вліяніемъ болѣзни можетъ произойти измѣненіе въ мотивахъ поступковъ и въ обратномъ смыслѣ: такъ у нѣкоторыхъ больныхъ подъ вліяніемъ болѣзни развивается, такъ сказать, раздражительность (гиперестезія) чувства долга, и они считаютъ себя обязанными дѣлать чрезвычайно много такихъ вещей, которыхъ до болѣзни не считали себя обязанными дѣлать. Такъ я зналъ одного молодого врача, кончившаго курсъ по ускоренному выпуску, который, заболѣвъ неврастеническою формою душевнаго разстройства, мучился мыслью, что его могутъ принять за обыкновеннаго врача, и самымъ тщательнымъ образомъ изъяснялъ всѣмъ, съ кѣмъ приходилось имѣть дѣло (даже извозчикамъ, которые его возили), что онъ еще не совсѣмъ доучившійся врачъ, что онъ кончилъ курсъ по ускоренному выпуску и т. п. Аналогичныя явленія мы встрѣчаемъ при меланхоліи и въ нѣкоторыхъ дегенеративныхъ формахъ. Но во всякомъ случаѣ и здѣсь мы имѣемъ всегда на лицо уменьшеніе вліянія мотивовъ, вытекающихъ изъ высшихъ побужденій разума.

При опредѣленіи того, какіе преобладающіе мотивы руководятъ поступками того или другого больного, мы встрѣчаемся иногда съ явленіями уменьшенія цѣльности личности или, такъ называемаго, **распаденія личности**. Цѣльностью личности мы называемъ то, что мотивы дѣйствій даннаго человѣка однородны, находятся въ полномъ

соотвѣтствіи между собою. И въ здоровомъ состояніи цѣльность личности не у всѣхъ людей одинакова. Есть натуры очень цѣльныя, въ которыхъ всѣ поступки какъ бы вытекаютъ изъ одной категоріи принциповъ; а есть натуры менѣе цѣльныя, въ поступкахъ которыхъ мы видимъ противорѣчіе въ руководящихъ принципахъ въ большей или меньшей степени. При душевныхъ болѣзняхъ цѣльность личности вообще значительно страдаетъ; очень часто, при самыхъ разнообразныхъ психозахъ, мы можемъ видѣть, что у больного чрезвычайно мало проявляетъ себя та сила, которая объединяетъ различныя стремленія; іерархія высшихъ принциповъ у нихъ чрезвычайно сильно падаетъ.—Въ самыхъ сильныхъ степеняхъ подобнаго разстройства мы находимъ полное распаденіе личности. При этомъ состояніи каждый актъ больного не находится ни въ какомъ соотвѣтствіи съ предыдущимъ и послѣдующимъ; поступки больного суть какъ бы непосредственные рефлексы на внѣшнія впечатлѣнія или на случайно возникшія въ сознаніи больного отрывочныя воспоминанія. Никакой гармоніи между ними нѣтъ, нѣтъ никакой власти высшихъ руководящихъ принциповъ; то, что составляю сущность организаціи нормальной личности — объединеніе и іерархическая зависимость отдѣльныхъ составныхъ частей ея — исчезло; личность какъ бы распалась на множество отдѣльныхъ психо-рефлекторныхъ аппаратовъ. Такое состояніе нерѣдко приходится наблюдать, какъ исходъ перенесенной психической болѣзни, въ такъ-называемомъ послѣдовательномъ слабоуміи и при формахъ ранняго юношескаго слабоумія.

Кромѣ полнаго распаденія личности нерѣдко приходится наблюдать у душевно-больныхъ такъ-называемое раздвоеніе личности. При этомъ часть мотивовъ, двигающихъ поступками больного, имѣетъ какъ бы одинъ центръ, а другая часть — совсѣмъ другой центръ. Чаще всего оказывается, что одни изъ этихъ мотивовъ составляютъ нормальныя, здоровыя привычки даннаго индивидуума, другіе же суть результатъ болѣзни. Въ такихъ случаяхъ у больного можно подмѣтить какъ бы ***два „я"***: одно—больное, другое здоровое. Въ очень небольшой степени это замѣтно у многихъ маніакальныхъ больныхъ, въ періодическихъ психозахъ, при началѣ остраго галлюцинаторнаго помѣшательства и многихъ другихъ формахъ. Съ особенною же рѣзкостью это замѣтно бываетъ при душевныхъ разстройствахъ у истеричныхъ.

2. **Разстройства влеченій и хотѣній.** Кромѣ вышеизложенныхъ общихъ измѣненій въ мотиваціи дѣйствій больного, мы должны разсмотрѣть и другія, болѣе детальныя, измѣненія въ проявленіяхъ волевой сферы, касающіяся того, насколько вообще идеи и чувства вызываютъ у дан-

наго индивидуума потребность къ проявленіямъ въ актахъ, и какъ эта потребность реализируется.

Мы уже знаемъ, что стремленія къ дѣйствію, ощущаемыя въ формѣ желаній, могутъ быть или влеченіями, или проявленіями сознательнаго выбора и одобренія, т.-е. хотѣніями. Намъ теперь и слѣдуетъ познакомиться съ болѣзненными разстройствами въ сферѣ хотѣнія и въ сферѣ влеченія. Съ этой стороны мы замѣчаемъ въ однихъ случаяхъ явленія угнетенія и ослабленія, съ другой стороны явленія возбужденія и усиленія. Явленія *угнетенія* и *ослабленія* въ области влеченій и хотѣній называются общимъ именемъ **ослабленій воли — Abulia**. Подъ это названіе подходитъ однако нѣсколько довольно разнородныхъ явленій. Такъ въ самыхъ рѣзкихъ случаяхъ абуліи у человѣка не бываетъ *никакихъ хотѣній и никакихъ влеченій*. Больной сидитъ неподвижно; если его не покормить, онъ не станетъ ѣсть; если не перемѣнить положенія, онъ такъ и останется въ одномъ положеніи. Это бываетъ, наприм., при ступорѣ и при глубокомъ апатическомъ слабоуміи, глубокихъ отравленіяхъ. Въ другихъ случаяхъ эти явленія меньше, но все-таки у больного замѣтно *малое количество желаній*, проявляющееся въ апатіи, неразговорчивости, малоподвижности, крайней лѣности, отсутствіи любопытства, интересовъ и предпріимчивости. Это бываетъ при многихъ формахъ слабоумія. Такого же рода абулія бываетъ и при меланхоліи.

Въ этихъ случаяхъ, какъ я сказалъ, очень часто одновременно уменьшено и хотѣніе, уменьшено и количество, и интенсивность влеченій. Въ другихъ случаяхъ влеченій можетъ быть довольно много, но они слишкомъ мало интенсивны, чтобы вызывать хотѣніе и соотвѣтствующіе поступки. Затѣмъ бываютъ случаи, гдѣ влеченія есть, но у больного существуютъ болѣзненныя задержки въ проявленіи ихъ, наприм., подъ вліяніемъ страха, который воля не въ состояніи преодолѣть. Сюда относятся, напр., случаи, когда больной подъ вліяніемъ болѣзненной задержки не можетъ ходить по площади (агорафобія), или не можетъ вставать съ постели (атремія), не имѣетъ возможности устоять на ногахъ и ходить, несмотря на полную силу движеній конечностями въ лежачемъ положеніи (астазія—абазія). Наконецъ, могутъ быть и такіе случаи, гдѣ влеченіи довольно много, но воля не можетъ сдѣлать выбора между нѣсколькими различными влеченіями. Тогда больной будетъ крайне нерѣшителенъ. У душевнобольныхъ нерѣшительность иногда доходитъ до крайности; есть больные, которые не могутъ шагу сдѣлать отъ нерѣшительности, не могутъ отъ нерѣшительности ѣсть, не могутъ ничѣмъ заняться.

Къ проявленіямъ болѣзненной слабости воли относится и чрезвы-

чайная уступчивость личности различнымъ влеченіямъ, возникающимъ въ его душѣ. Часто больной человѣкъ является положительной игрушкой всякаго мимолетнаго побужденія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это состояніе обусловливается исключительно слабостью регулирующаго вліянія хотѣнія, потому должно быть отнесено къ явленіямъ ослабленія воли, въ другихъ оно обусловливается, какъ уменьшеніемъ задержекъ, такъ и чрезмѣрной напряженностью низшихъ элементовъ воли— влеченій, и составляетъ проявленіе возбужденія въ сферѣ воли. Объ этомъ будетъ сейчасъ сказано.

Явленія **усиленія въ волевой сферѣ (Hyperbulia)** могутъ касаться также усиленія хотѣній и влеченій. Собственно подъ вліяніемъ болѣзни не можетъ быть увеличена воля во всей своей широтѣ и высотѣ; если и является усиленіе воли, то большею частью одностороннее, проявляющееся *въ видѣ крайней настойчивости* въ исполненіи желаній. Многие больные крайне настойчивы въ исполненіи того, что пришло имъ въ голову. Больной, желающій умереть съ голоду, можетъ упорно отказываться отъ ѣды, сколько бы его ни убѣждали. Больной, желающій убѣжать или лишить себя жизни, часто съ большою настойчивостью преслѣдуетъ свою цѣль. Примѣровъ такого рода повышенной настойчивости чрезвычайно много у душевно-больныхъ. Въ этихъ случаяхъ хотѣніе ненормально усилено, хотя и односторонне.

Во многихъ случаяхъ при этомъ, а иногда и независимо отъ этого, явленія усиленія въ сферѣ воли обнаруживаются въ томъ, что всякое желаніе быстро переходитъ въ хотѣніе. Это значитъ, что желанія обладаютъ большой силой, большимъ *напряженіемъ* и быстро овладѣваютъ личностью. Поэтому въ этихъ случаяхъ почти всегда на-ряду съ явленіями, указывающими на увеличенное количество влеченій, большую подвижность и т. п., мы встрѣчаемъ и признаки ослабленія задержекъ, ослабленіе вліянія основныхъ руководящихъ мотивовъ даннаго человѣка, т.-е. ослабленіе регулирующаго вліянія основныхъ элементовъ его личности.

Нужно отмѣтить, что вообще въ явленіяхъ, относящихся къ разстройству волевой дѣятельности, мы съ особенной рѣзкостью замѣчаемъ то, что существуетъ также и въ разстройствахъ другихъ областей душевной жизни, — одновременное существованіе длительнаго угнетенія однихъ мозговыхъ центровъ и длительнаго возбужденія другихъ. При нормальномъ строѣ душевной дѣятельности тоже существуетъ постоянная смѣна угнетенія и возбужденія то тѣхъ, то другихъ центровъ, но она происходитъ по строгой правильности „психическаго ритма“. Въ болѣзняхъ душевныхъ (и многихъ нервныхъ) эта строгая правильность нарушается.

Что касается самихъ **влеченій**, то количество ихъ можетъ быть очень увеличено въ нѣкоторыхъ случаяхъ душевныхъ болѣзней.

Въ нѣкоторыхъ формахъ психическаго разстройства всякое чувство, всякая идея вызываетъ какое-нибудь сильное желаніе, потребность, и больной находится подъ постояннымъ вліяніемъ смѣняющихся потребностей. Если при этомъ задерживающая сила ослабѣла, то всякое желаніе будетъ переходить въ хотѣніе. Это особенно часто бываетъ при маніи и вообще при маніакальномъ возбужденіи. У больного при этомъ бываетъ наплывъ идей и наплывъ желаній и *быстрая измѣнчивость ихъ*. Онъ находится въ постоянномъ движеніи, въ постоянной суетѣ, требуетъ, чтобы ему исполняли сейчасъ же все, что онъ ни захочетъ. Смотря по степени сопутствующаго разстройства сознанія, это будетъ обнаруживаться или чрезмѣрной предпріимчивостью, подвижностью, наклонностью къ поѣздкамъ, легкомысленными поступками, требовательностью (какъ это бываетъ чаще всего при періодическихъ маніяхъ), или (при болѣе спутанномъ сознаніи) это будетъ обнаруживаться въ массѣ актовъ распущенности, въ массѣ разнузданныхъ движеній — прыганіи, порывистомъ метаніи, рваньѣ платья, разрушеніи мебели, въ крикахъ, пѣніи, дикихъ возгласахъ и проч. Такъ проявляется *общее* усиленіе влеченій. Но болѣзненныя разстройства вызываютъ нерѣдко не общее усиленіе влеченій, а усиленіе какихъ-нибудь однихъ влеченій; это одностороннее разстройство влеченій представляетъ большой практическій интересъ для психіатра и для судебнаго врача, такъ какъ нерѣдко вызываетъ со стороны человѣка, у котораго они наблюдаются, рядъ дѣяній, дѣлающихся предметомъ судебно-медицинской экспертизы. Такого рода односторонія влеченія проявляются въ различной формѣ и, смотря по тому, въ какой степени отчетливо воспринимаются и контролируются они сознаніемъ,—они имѣютъ различный характеръ, и, дѣйствія, вызываемыя ими, носятъ различное названіе.

Такъ иногда мы наблюдаемъ проявленіе очень сильныхъ одностороннихъ влеченій въ состояніяхъ помраченія сознанія, напр., при патологическихъ аффектахъ и при состояніяхъ психическаго автоматизма или транса. Мы знаемъ уже изъ главы о разстройствахъ сознанія, что въ такихъ состояніяхъ человѣкъ, руководимый какими-то несознаваемыми имъ влеченіями, совершаетъ иногда сложные акты, настолько послѣдовательные, что заставляетъ предполагать въ основѣ ихъ какъ бы цѣлесообразныя стремленія. А между тѣмъ дѣйствія такого рода или совершенно не сознаются и не помнятся больнымъ послѣ ихъ совершенія, или помнятся довольно смутно. Такого рода

дѣйствія носятъ названіе безсознательныхъ. Кромѣ состояній болѣзни они бываютъ и результатомъ гипнотическаго внушенія.

Другой характеръ носятъ дѣйствія, являющіяся также подъ вліяніемъ одностороннаго усиленія влеченій, но при ясномъ сознаніи, причемъ они часто являются совершенно самобытно, не вызываемыя какими-либо бредовыми идеями. Они являются часто неожиданно, какъ почти чуждое явленіе, подчиняющее себѣ личность и вызывающее на побужденія, часто противорѣчащія всѣмъ основамъ нравственнаго строя даннаго субъекта. Влеченія такого рода часто называются непреодолимыми влеченіями, и дѣйствія, вызываемыя ими, называются импульсивными и насильственными (или вынужденными, Zwangshandlungen). Довольно хорошимъ примѣромъ непреодолимаго влеченія можетъ служить случай, встрѣтившійся американскому врачу Hammond'у. Одинъ господинъ, проходя по улицѣ, вдругъ почувствовалъ желаніе налить на длинный шелковый шлейфъ дамы, проходившей по улицѣ, сѣрную кислоту; желаніе тотчасъ-же сдѣлалось непреодолимымъ; больной досталъ сѣрной кислоты и прожегъ платье. Послѣ этого наступило раскаяніе; но проходитъ еще дама—опять то же желаніе и тотъ же поступокъ. Больной бросается домой; тамъ онъ придумываетъ, какъ бы поправить дѣло, какъ бы вознаградить дамъ за порчу ихъ платья. Онъ рѣшается сдѣлать публикацію въ газетахъ, чтобы дамы явились за вознагражденіемъ. Публикація написана, больной несетъ ее въ контору газеты, но вдругъ попадается опять дама со шлейфомъ; мгновенно опять является роковое желаніе, больной бросается въ аптеку, покупаетъ сѣрной кислоты и выливаетъ ее на шлейфъ. Послѣ того онъ обратился къ Hammond'у. Hammond послалъ его въ долгое морское путешествіе—мѣра, нерѣдко употребляемая съ пользой при нейрастеніи и ипохондріи—и больной поправился.

Собственно говоря, хотя между импульсивными дѣйствіями и насильственными и существуютъ постепенные переходы, но въ наиболѣе рѣзкихъ случаяхъ можно провести между ними существенную разницу. **Въ импульсивныхъ дѣйствіяхъ** влеченіе настолько быстро достигаетъ степени высшаго напряженія и переходитъ въ двигательный актъ, что человѣкъ только сознаетъ присутствіе этого влеченія, но не можетъ подвергнуть его критикѣ, провѣркѣ, обсудить послѣдствія. Только совершивши актъ, онъ можетъ вполнѣ ясно усвоить его значеніе и увидать, какъ рѣзко отличается то, что онъ сдѣлалъ, отъ всего, что гармонируетъ съ его основными свойствами и съ его интересами; въ моментъ же совершенія онъ подчиняется импульсу и выполняетъ рядъ сложныхъ актовъ необходимыхъ для достиженія цѣли влеченія,—

какъ бы не отдавая отчета въ томъ, что изъ этого произойдетъ. Дѣйствія эти однако отличаются отъ *безсознательныхъ* сложныхъ актовъ, производимыхъ въ состояніи патологическаго аффекта или психическаго автоматизма, тѣмъ, что они помнятся со всѣми подробностями. Такого рода дѣйствіями бываютъ иногда покушенія на убійство, иногда поджогъ и кража. Извѣстны случаи покушенія на убійство, гдѣ влеченіе къ совершенію его являлось безъ всякаго мотива и настолько захватывало все содержаніе душевной жизни, что больной едва находилъ въ себѣ силы сопротивляться ему или подчинялся, какъ стихійной силѣ. Ниже я приведу нѣкоторые интересные примѣры подобнаго рода. Эти явленія наблюдаются у лицъ неуравновѣшанныхъ, при утомленіи, озабоченности, также нерѣдки они у дѣтей, у женщинъ въ періодъ беременности и истерическихъ, эпилептиковъ, пьяницъ и у лицъ, истощенныхъ послѣ острыхъ болѣзней. Иногда они бываютъ у цѣлой группы лицъ подъ вліяніемъ массоваго импульса.

Примѣръ импульсивнаго массоваго дѣйствія приводитъ д-ръ Кашинъ. Ему пришлось быть свидѣтелемъ такого случая: одно изъ отдѣленій роты Забайкальскаго казачьяго полка, составленное изъ мѣстныхъ уроженцевъ, во время ученія повторило слова команды, что очень разсердило командира, принявшаго это за нарушеніе дисциплины; онъ сталъ кричать и вдругъ къ удивленію своему услышалъ тѣ же самые крики, брань и угрозы (повтореніе его словъ) изъ отдѣленія роты, которая вмѣстѣ съ тѣмъ побросала ружья. Д-ръ Кашинъ поспѣшилъ объяснить командиру болѣзненное состояніе казаковъ.—Въ самомъ дѣлѣ, среди сибирскаго населенія довольно распространена болѣзнь „мерячение", о которой будетъ сказано ниже, и которая выражается въ непреодолимомъ стремленіи къ подражанію слышанному и видимому.

Насильственныя влеченія или навязчивыя, или вынужденныя дѣйствія имѣютъ нѣсколько иной характеръ. Эти явленія соотвѣтствуютъ тому, что (въ области разстройствъ интеллектуальной сферы) называется навязчивыми идеями или насильственными представленіями. Подобно тому, какъ тамъ мы имѣемъ дѣло съ идеями, которыя неотвязно преслѣдуютъ сознаніе, такъ здѣсь являются потребности, которыя влекутъ къ дѣйствію съ неопреодолимой силой.

Нерѣдко больной сознаетъ, что его влеченіе совершенно безумно, но не можетъ съ нимъ бороться. Онъ предвидитъ всѣ его послѣдствія, но не можетъ преодолѣть того мученія, которое испытываетъ до удовлетворенія своего безразсуднаго, вреднаго для него самого и для окружающихъ влеченія. Я зналъ одну дѣвушку, у которой такого рода

навязчивое влеченіе состояло въ желаніи подвергнуть себя величайшему риску: такъ она, увидавъ ножъ, чувствовала потребность схватить его и рѣзать себѣ руку; увидавъ иголку, схватить ее, поставить вертикально во рту и сдавить челюсти; чѣмъ больше она боролась, сознавая всю дикость этого желанія, тѣмъ болѣе овладѣвало оно ею и она черезъ минуту борьбы должна была уже схватить не одну булавку, а цѣлую пачку и, поставивъ ихъ остріемъ вверхъ во рту, стискивать зубы. Она бросала себѣ въ лицо горящую лампу, злую кошку, бросалась съ лѣстницы, чтобы биться по ступенямъ. У нея собственно не было желанія причинить себѣ вредъ, но было непреодолимое влеченіе подвергнуть себя риску опасности. Поэтому она, напр., живя въ 4-мъ этажѣ, становилась на край подоконника и балансировала такъ, чтобы быть въ крайней опасности упасть. Она, не стремясь убить себя, глотала острые предметы и, когда она черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ такой болѣзни умерла отъ туберкулеза, въ ея желудкѣ найдено значительное количество разныхъ металлическихъ предметовъ, ею проглоченныхъ.

Гораздо чаще, впрочемъ, навязчивыя влеченія носятъ болѣе невинный характеръ, напр.—кивнуть головой, произвести какой-нибудь звукъ или, напр., стукнуть три раза въ началѣ каждаго дѣла, при входѣ въ въ комнату сдѣлать странныя однообразныя движенія мускулами лица или ногой и т. п. Больной только тогда спокоенъ, если онъ продѣлалъ этого рода движенія. Если же нѣтъ, то онъ чувствуетъ себя такъ, какъ будто не исполнилъ священнѣйшаго долга, точно онъ совершилъ какое то преступленіе, которое нужно загладить.

Какъ я сказалъ выше, не всегда легко точно опредѣлить въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ непреодолимыхъ влеченій, имѣемъ ли мы дѣло съ импульсивнымъ дѣйствіемъ или навязчивой потребностью. Случаевъ переходныхъ бываетъ очень много.

Непреодолимыя влеченія, какъ импульсивныя, такъ и навязчивыя, бываютъ весьма разнообразны по своему содержанію и нерѣдко болѣзненныя состоянія, при которыхъ наблюдаются непреодолимыя влеченія, получаютъ свое названіе именно по содержанію потребности. Такъ, при стремленіи къ воровству это состояніе называется клептоманіей; при стремленіи къ поджогамъ пироманіей. Особенная форма періодически являющейся потребности къ употребленію спиртныхъ напитковъ извѣстна подъ именемъ дипсоманіи или запоя. Болѣзненное стремленіе къ убійству называется homicidomania.

У нѣкоторыхъ субъектовъ является непреодолимая потребность показывать свои половые органы лицамъ другого пола, что влечетъ ихъ нерѣдко на скамьи подсудимыхъ, такъ какъ они удовлетворяютъ

этой потребности въ общественныхъ собраніяхъ, на улицѣ, передъ женскими пансіонами; одинъ больной раскрывалъ свои половые органы передъ женщинами даже въ церкви; это состояніе носитъ названіе эксхибиціонизма. У другихъ является непреодолимое влеченіе говорить бранныя, неприличныя слова (копролалія).

Вотъ нѣкоторые примѣры непреодолимыхъ влеченій. Въ двухъ первыхъ случаяхъ мы имѣемъ *влеченіе къ убійству* (homicidomania).

Французскій психіатръ Моро де-Туръ разсказываетъ про одного сапожника, который самъ пришелъ въ больницу Бисетръ, чтобы попросить медицинской помощи противъ болѣзни, которою онъ страдаетъ уже около 20 лѣтъ. Едва онъ принимается за работу, какъ ему приходитъ въ голову мысль объ убійствѣ жены и дѣтей. Иногда эта мысль сопровождается такою страшною потребностью, что ему кажется, что онъ сейчасъ упадетъ въ обморокъ. Онъ бросаетъ свой рѣзакъ и молотокъ и убѣгаетъ изъ комнаты. Желаніе убійства соединяется съ своеобразнымъ ощущеніемъ подъ ложечкой, съ чувствомъ удушья и съ приливомъ къ головѣ.

Болѣе печально кончился другой случай: „Еще въ февралѣ, говоритъ больной, у меня явилась идея убить дѣтей. Будучи тогда въ состояніи владѣть собою, я ощущалъ какую-то тяжесть подъ ложечкой, потерялъ аппетитъ, даже позабылъ о табакѣ, который мнѣ былъ болѣе необходимъ, чѣмъ хлѣбъ. Мѣсяцевъ 5 меня преслѣдовала эта мысль; меня точно что-то толкало, я не могъ отъ нея отдѣлаться ни днемъ, ни ночью, ни за работой... Въ теченіе трехъ ночей я вставалъ съ постели, чтобы убить дѣтей. Въ первую ночь я выбѣжалъ на дворъ, чтобы выгнать эту мысль; черезъ полчаса я успокоился и легъ въ постель. На другую ночь я также вышелъ и, вернувшись зажечь свѣчу, я взялъ бритву и, расхаживая взадъ и впередъ по комнатѣ, съ кровожадностью смотрѣлъ на дѣтей; наконецъ, я положилъ бритву на мѣсто и пошелъ на скотный дворъ. На третью ночь я нѣсколько разъ выходилъ и снова входилъ, чтобы покончить: я былъ совсѣмъ готовъ... Я вошелъ въ комнату дѣтей, держа въ одной рукѣ свѣчу, а въ другой заступъ... Я посмотрѣлъ, въ кровати-ли сынъ; его не было. Занавѣски кроватей моихъ дочерей были откинуты, и я видѣлъ, что онѣ въ постели. Я подошелъ, поставилъ лѣвую ногу на стулъ, чтобы имѣть опору и началъ наносить одинъ ударъ за другимъ по ихъ головамъ.. Онѣ спали, не сдѣлали ни одного движенія... Я не знаю, сколько ударовъ я нанесъ.. Передъ убійствомъ я ни о чемъ не думалъ, какъ только о томъ, чтобы убить и бѣжать; послѣ—я не посмотрѣлъ даже на трупы, но почувствовалъ очень большое облегченіе, которое

продолжалось до тѣхъ поръ, пока я не пришелъ въ лѣсъ. Тогда я почувствовалъ упадокъ силъ и закричалъ: я погибшiй человѣкъ"... Позднѣе больной говорилъ: „это должно было случиться; я не могъ помѣшать себѣ сдѣлать это дѣло, убiйство"...

Слѣдующiе примѣры могутъ быть образцами того, что называется клептоманiей (заимствованы изъ „Судебной Психопатологiи" Крафтъ-Эбинга):

„Французскiй психiатръ Вуазенъ разсказываетъ про одну даму, которая, каждый годъ возвращаясь изъ поѣздокъ на минеральныя воды, привозила съ собою всякiй разъ въ теченiе 20 лѣтъ много вещей, которыя она похищала въ гостинницахъ. Сынъ ея немедленно возвращалъ вещи по принадлежности. Внукъ этой госпожи, сынъ упомянутаго сына ея, съ дѣтства обнаруживалъ склонность къ воровству. На украденныхъ имъ предметахъ онъ аккуратно выставлялъ мѣсто жительства владѣльцевъ и время похищенiя. При обыскѣ его помѣщенiя оказалось, что всѣ вещи были въ полной цѣлости, и укравшiй даже не пользовался ими".

„Въ Вѣнѣ довольно давно пользовался извѣстностью одинъ врачъ, который воровалъ у своихъ пацiентовъ. Всѣ знали объ этой слабости доктора, прислуга котораго по его приказанiю вскорѣ возвращала украденное по принадлежности. Врачъ этотъ былъ гуманный человѣкъ и все свое состоянiе завѣщалъ на благотворительныя учрежденiя".

Очень интересный случай непреодолимыхъ влеченiй приводитъ въ своихъ клиническихъ лекцiяхъ по душевнымъ болѣзнямъ д-ръ А. Ф. Эрлицкiй, кстати сказать, отмѣтившiй очень обстоятельно ту разницу между импульсивными дѣйствiями и дѣйствiями навязчивыми, которая была указана выше.

Дѣло шло о молодой дѣвушкѣ, воспитанной въ лучшемъ столичномъ обществѣ, у которой съ перiода половой зрѣлости явилась непреодолимая потребность говорить своимъ близкимъ и подругамъ о себѣ небылицы, порочащiя ее въ отношенiи нравственности. Несмотря на то, что она вполнѣ ясно сознавала все неприличiе и крайнiй вредъ такихъ разсказовъ, она не могла побороть своего влеченiя; мало того, съ каждымъ годомъ оно усиливалось и наконецъ дошло до необыкновенныхъ размѣровъ: она стала передавать не только близкимъ, но и мало знакомымъ, встрѣчаемымъ ею въ обществѣ дамамъ и даже мужчинамъ, что она просто публичная женщина, что каждый можетъ ее имѣть за умѣренную плату, что она воровка, пьяница и проч.; мало того, она стала такiя-же исторiи писать на бумажкахъ, при этомъ въ самыхъ неприличныхъ и бранныхъ словахъ, и разбрасывать въ посѣщаемыхъ ею домахъ и на улицѣ; больная носила съ собою карандашъ и гдѣ бы

ни увидала кусочекъ бумаги, старалась написать на немъ нѣсколько бранныхъ словъ о себѣ, подписывая свою фамилію и адресъ. Больная вполнѣ понимала тотъ вредъ, который она наноситъ своей репутаціи подобными дѣйствіями, прекрасно сознавала всю ложь возводимыхъ ею на себя обвиненій и все-таки не могла удержаться, несмотря на отчаяніе, въ которое ее приводило ея поведеніе, совершенно противорѣчившее ея нравственнымъ и интеллектуальнымъ качествамъ.

Въ этомъ случаѣ мы можемъ видѣть рѣзкое доказательство того, какъ велика потребность выполнить навязчивое влеченіе, идущее въ разрѣзъ со всею личностью человѣка, несмотря на полное сознаніе безразсудности и вреда, которыи вытекаетъ изъ дѣянія, происходящаго изъ даннаго влеченія. Въ этомъ случаѣ мы имѣемъ также примѣръ того, что называется копроляліей. Это послѣднее явленіе наблюдается большею частью въ сочетаніи съ болѣзнью, выражающеюся въ непреодолимой потребности производить отдѣльныя, быстрыя движенія, какъ-бы судорожныя подергиванія разными частями тѣла, но довольно однообразныя въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ (такъ наз. болѣзнь судорожныхъ подергиваній, maladie des tics convulsifs). Gilles de la Tourette, который обратилъ особенное вниманіе на эту болѣзнь, описываетъ одну больную, у которой копролалія была выражена очень рѣзко. У этой больной съ дѣтства начались судорожныя подергиванія въ плечахъ, въ рукахъ и въ туловищѣ. Черезъ нѣсколько лѣтъ къ нимъ присоединились какіе-то гортанные шумы, а въ возрастѣ 13 лѣтъ эти звуки стали артикулированными. Больная чаще всего повторяла: „ступай, ступай дуракъ". Черезъ нѣсколько времени произношеніе стало еще отчетливѣе и слова, повторяемыя больной, стали въ высшей степени грубы. Когда больная находится въ присутствіи лица, котораго она боится, она нѣсколько удерживается и можетъ силой воли заглушать звуки и, сжимая губы, помѣшать понять слова, которыя она произноситъ; но тотчасъ послѣ того, какъ она почувствуетъ себя свободной, она въ необыкновенно большомъ количествѣ произноситъ слова самаго грубаго лексикона. Эта 15-ти лѣтняя дѣвушка происходитъ изъ семьи, занимающей очень высокое положеніе, ее прекрасно воспитывали, мать почти не оставляла ее, такъ-что удивительно даже, гдѣ она могла научиться такимъ словамъ, какъ: „foutre," „merde". При той же болѣзни судорожныхъ подергиваній встрѣчается также иногда непреодолимая потребность произносить всякое слышанное слово; подобное состояніе носитъ названіе эхолаліи

Эхолалія принадлежитъ къ числу явленій, наблюдаемыхъ при бо-

лѣзненной наклонности къ подражанію, которая достигаетъ степени непреодолимаго влеченія при такъ называемомъ меряченьѣ, встрѣчаемомъ среди населенія нашей Сибири. Подобная же болѣзнь извѣстна подъ именемъ „лята“ на островахъ Зондскаго архипелага и „jumping“ (прыганіе) въ Сѣверной Америкѣ. Болѣзненная наклонность къ подражанію называется также терминомъ „эхокинезія“.

При меряченьѣ и сродныхъ формахъ наклонность къ подражанію достигаетъ иногда чрезвычайно большой степени, такъ-что больной воспроизводитъ рѣшительно все, что совершается другими лицами въ его присутствіи; иной разъ дѣйствія эти противорѣчатъ всему существу человѣка, одержимаго меряченьемъ, но онъ не въ состояніи противиться непреодолимому побужденію. О-Бріенъ разсказываетъ о слѣдующихъ случаяхъ, которые ему пришлось наблюдать на Малайскомъ полуостровѣ: „Однажды къ нему привели женщину очень почтенную и пожилую. Черезъ нѣсколько времени тотъ, кто привелъ эту женщину почему-то снялъ платье; тотчасъ женщина начала раздѣваться и раздѣлась бы до-нога, если бы О-Бріенъ не остановилъ ее. Раздѣваясь, женщина въ высшей степени гнѣвалась на человѣка, который вызвалъ у нея такое проявленіе болѣзни“.

Другой случай: „пароходный поваръ, страдавшій „лята“, качалъ однажды на палубѣ на рукахъ своего ребенка; пришелъ матросъ и началъ подобно повару качать чурбанъ. Затѣмъ бросилъ кусокъ бревна на тентъ и забавлялся, заставляя его кататься по полотну, что непосредственно послѣ того сдѣлалъ и поваръ съ ребенкомъ. Матросъ, отпустивъ полотно, уронилъ бревно на палубу; поваръ сдѣлалъ тоже самое съ ребенкомъ, который и убился на мѣстѣ“.

Къ насильственнымъ актамъ относятся также въ большинствѣ случаи и проявленія такъ называемаго кликушества. Какъ извѣстно среди простонародья нерѣдко встрѣчаются женщины, которыя чувствуютъ непреодолимую потребность выкрикивать во время богослуженія, особенно въ наиболѣе важные моменты—при пѣніи Херувимской, при чтеніи Евангелія. Большею частью это женщины истеричныя, у которыхъ кликушество соединено съ идеей о „порчѣ“, бѣсоодержимости. По существу это явленіе или является кратковременнымъ истерическимъ припадкомъ, или насильственнымъ влеченіемъ. Иногда оно пріобрѣтаетъ характеръ массовой болѣзни [1])

Болѣзненное стремленіе выражается иногда въ непреодолимомъ влеченіи къ бродяжничеству. У душевно-больныхъ бываетъ до-

---

[1]) См Токарскій Меряченіе и болѣзнь судорожныхъ подергиваній. Москва. 1893

вольно нерѣдко стремленіе удаляться изъ дому и странствовать иногда очень подолгу. Это стремленіе обусловливается впрочемъ очень различными причинами; такъ, иногда оно обусловливается бредовыми идеями, напримѣръ, идеями преслѣдованія и желаніемъ уйти подальше отъ враговъ; въ другихъ случаяхъ вызывается тоскою и желаніемъ заглушить тяжелое душевное состояніе; иногда бродяжничество является проявленіемъ психическаго автоматизма при эпилепсіи, истеріи и алкоголизмѣ. Проф. Шарко описалъ интересные типы влеченія къ странствованію у ипохондриковъ, которые изъ желанія показаться кому-нибудь извѣстному врачу совершаютъ трудныя и далекія странствованія; такъ какъ подобные случаи всего чаще наблюдаются между евреями, то Шарко и далъ описываемому имъ типу названіе: „le juif errant“. Иногда болѣзненное влеченіе къ странствованію бываетъ совершенно безцѣльно, почти ничѣмъ не мотивировано, являясь какъ почти непреодолимая потребность. Иной разъ такого рода потребность обнаруживается довольно правильно въ опредѣленное время года и составляетъ какъ-бы проявленіе періодическаго психоза, иногда-же обнаруживается не съ такою періодичностью, но является реакціей на всякое нарушеніе душевнаго равновѣсія. Я знаю одного молодого человѣка, происходящаго изъ очень состоятельной семьи, у котораго стремленіе къ бродяжничеству, совершенно не мотивированное, проявлялось почти каждый годъ въ весенніе и лѣтніе мѣсяцы; тогда онъ бросалъ семью и пускался въ странствованія, почти совсѣмъ не имѣя денегъ. Черезъ нѣсколько недѣль родные его получали извѣстіе о томъ, гдѣ онъ находится, и больной возвращался домой совершенно оборванный и почти голодный; во время такихъ странствованій онъ безцѣльно ѣздилъ или ходилъ, совершая путешествія по нѣсколько тысячъ верстъ, бывая по нѣсколько разъ въ одномъ и томъ-же городѣ и посѣщая самыя глухія мѣста Европейской и Азіатской Россіи.—Въ нашихъ тюрьмахъ между бродягами нерѣдко встрѣчаются несомнѣнно душевно-больные, старательно скрывающіе свое настоящее имя подъ вліяніемъ какой-нибудь бредовой идеи.

Чтобы закончить изложеніе патологіи влеченій, нужно сказать еще о болѣзненныхъ уклоненіяхъ, касающихся нѣкоторыхъ обыденныхъ влеченій, весьма важныхъ въ жизни больного, каковы влеченія къ пищѣ, сохраненію своей жизни, половыя влеченія и влеченіе къ общенію съ другими людьми.

Прежде всего тутъ нужно сказать **о стремленіи къ сохраненію своей жизни** Влеченіе къ жизни присуще человѣку, но въ болѣзненномъ состояніи нерѣдко его не бываетъ, а является стремленіе лишить себя

жизни Вслѣдствіе этого является стремленіе къ самоубійству (suicidomania). Самоубійство есть явленіе, встрѣчающееся нерѣдко въ жизни и причисляемое къ актамъ, не выходящимъ изъ круга поступковъ, которые можетъ совершить и вполнѣ нормальный человѣкъ. Дѣйствительно, когда человѣкъ рѣшается на самоубійство изъ чувства долга или на основаніи требованій разсудка, то это можетъ быть и при здоровомъ умѣ. Но статистика показываетъ несомнѣнно, что большинство самоубійцъ происходитъ изъ психопатическихъ семей и сами по себѣ представляютъ нерѣдко рѣзкіе признаки психической неуравновѣшенности.

Поэтому въ громадномъ большинствѣ случаевъ приходится смотрѣть на самоубійство, даже вызываемое экономическими и общественными условіями, отсутствіемъ нравственныхъ устоевъ и высшихъ идеаловъ, какъ на актъ душевнаго (можетъ быть кратковременнаго) разстройства. И, дѣйствительно, часто мы видимъ стремленіе къ самоубійству у лицъ, формально психически разстроенныхъ, особенно у меланхоликовъ.

Не всегда условія, являющіяся у душевно-больныхъ мотивами стремленія къ самоубійству, одинаковы. Такъ очень часто поводомъ къ самоубійству является сильная тоска, отравляющая существованіе и сопровождающаяся особымъ чувствомъ отвращенія къ жизни (taedium vitae). Иногда къ самоубійству побуждаютъ человѣка упорныя галлюцинаціи приказательнаго содержанія. Иногда влеченіе къ самоубійству является результатомъ спутанности сознанія и сопровождающаго ее чувства ужаса, иногда какъ проявленіе патологическаго аффекта; въ другихъ случаяхъ поводомъ къ самоубійству служитъ бредъ, на основаніи котораго человѣкъ, наприм., считаетъ, что лучше умереть, чѣмъ подвергаться заживо мученіямъ или позору. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ стремленіе къ самоубійству является слѣдствіемъ непреодолимаго влеченія, плохо мотивированнаго. Я помню одного больного, очень интеллигентнаго человѣка, юриста, у котораго стремленіе къ самоубійству явилось при обстоятельствахъ, которыя, казалось бы, должны были возбудить, наоборотъ, стремленіе къ продолжительной жизни. Онъ только-что получилъ назначеніе товарища прокурора въ Петербургъ, что могло бы быть началомъ блестящей карьеры. Онъ, очень обрадовавшись, поѣхалъ въ Петербургъ. Ища тамъ квартиру, зашелъ какъ-то на четвертый этажъ. Тутъ у него блеснула мысль: „а что если при такомъ счастливомъ положеніи дѣлъ я вдругъ покончу съ собой?“—и его повлекло броситься въ окно. Онъ побѣжалъ къ себѣ въ гостиницу, но и тамъ видъ ножей вызывалъ въ немъ влеченіе покончить съ собою. Онъ поспѣшилъ пріѣхать въ Москву, но и тутъ стремленіе къ самоубійству продолжалось; онъ перепробовалъ и отравленіе, и попытку повѣситься, и утонуть, но

видимо желаніе жить все-таки было у него не уничтожено, потому что онъ не доводилъ попытки до конца. Къ сожалѣнію онъ не былъ помѣщенъ въ лѣчебницу, а уѣхалъ въ деревню и тамъ въ концѣ концовъ застрѣлился.

Въ другихъ случаяхъ стремленіе къ самоубійству является слѣдствіемъ отсутствія присущаго здоровому человѣку непосредственнаго сознанія, что жизнь есть благо, которое нужно беречь. Такіе люди не чувствуютъ ни цѣли жизни, ни истинной радости жизни и при каждой неудачѣ кончаютъ съ собою.

Иногда болѣзненное влеченіе къ самоубійству является какъ слѣдствіе подражанію, напр. самоубійство группами изъ числа лицъ одной профессіи, одного воспитанія; такъ напр. изъ числа, кажется, 12 человѣкъ, кончившихъ вмѣстѣ въ одной изъ Московскихъ гимназій лѣтъ 30 назадъ, четверо одинъ за другимъ кончили жизнь самоубійствомъ въ первые годы студенчества; и это были молодые люди способные, съ виду здоровые, — правда слишкомъ рано познакомившіеся съ различными увлекательными, но не дающими прочнаго счастья и глубокаго міросозерцанія, сторонами жизни. Иной разъ самоубійство является выраженіемъ семейной болѣзни, слѣдствіемъ своеобразнаго наслѣдственнаго предрасположенія. Извѣстный французскій психіатръ Morel разсказываетъ объ одномъ помѣщикѣ, который оставилъ послѣ себя семь человѣкъ дѣтей и каждому по милліону рублей. Всѣ дѣти пользовались общимъ уваженіемъ, увеличили отцовское наслѣдство, но всѣ кончили самоубійствомъ въ возрастѣ между 30 и 40 лѣтъ.

У многихъ больныхъ, имѣющихъ стремленіе къ самоубійству, влеченіе это проявляется съ такою настойчивостью, что едва-едва возможно при самомъ тщательномъ уходѣ предотвратить покушеніе; больные пользуются всякимъ случаемъ, чтобы лишить себя жизни; описано нѣсколько случаевъ покушенія на свою жизнь посредствомъ вкалыванія въ сердце булавки, случайно найденной въ саду или на полу; многіе больные пытаются убить себя продолжительнымъ голоданіемъ и отказомъ отъ пищи; третьи собираютъ понемногу нитки изъ бѣлья и мало-по-малу плетутъ изъ нихъ веревку, которую и прячутъ въ недоступныхъ мѣстахъ (напр., женщины во влагалищѣ) и при удобномъ случаѣ прикрѣпляютъ петлю къ перекладинѣ кровати и производятъ задушеніе, лежа въ постели или слегка спустившись съ нея.

Близко къ влеченію лишить себя жизни стоитъ и влеченіе къ самоувѣчью. Многіе изъ душевно-больныхъ наносятъ себѣ тяжкія повреждения, разсчитывая этимъ покончить съ собою. Другіе не имѣютъ этого послѣдняго намѣренія, но хотятъ причинить себѣ тотъ или

другой вредъ; иной разъ выборъ части тѣла, которая повреждается, обусловливается галлюцинаціями или бредовыми идеями; такъ нѣкоторые больные продыравливаютъ себѣ барабанную перепонку въ тщетной надеждѣ избавиться отъ слуховыхъ галлюцинацій. Я зналъ одного меланхолика съ бредомъ супружеской невѣрности, который отрѣзалъ себѣ половые органы. Поврежденія, наносимыя больными, бываютъ иногда ужасны и производятся иногда при обстановкѣ, при которой совсѣмъ этого не ожидаютъ. Такъ больной, отрѣзавшій себѣ половые органы, о которомъ я только что упомянулъ,—произвелъ себѣ это поврежденіе столовымъ ножемъ, сидя за домашнимъ обѣдомъ. Нѣмецкій психіатръ Пецъ разсказываетъ, что одинъ душевно-больной сдѣлалъ себѣ кастрацію во время визитаціи врачей: пока врачи стояли къ нему спиной, онъ разорвалъ себѣ мошонку и вырвалъ яички. Кастрація, также какъ вырываніе глазныхъ яблокъ, бываетъ часто результатомъ религіозной экзальтаціи и производится съ цѣлью удаленія отъ соблазновъ; одинъ больной вырвалъ себѣ оба глаза, такъ какъ слышалъ будто бы голосъ Бога, приказывавшаго это сдѣлать. Подобные же больные наклонны производить самосожженіе. Подъ вліяніемъ бреда преслѣдованія и галлюцинацій, заставляющихъ больного говорить, больные повреждаютъ иногда себѣ языкъ. Одна больная вырвала себѣ языкъ почти до корня, до самаго epiglottis.—Нѣкоторые больные, особенно тѣ, которые страдаютъ меланхоліей, паранойей и такъ называемымъ кататоническимъ умопомѣшательствомъ, имѣютъ такое сильное стремленіе къ самоубѣченію, что должны быть предметомъ самаго бдительнаго надзора

Кромѣ стремленія къ лишенію себя жизни въ болѣзненномъ состояніи иной разъ наблюдается крайнее усиленіе стремленія къ сохраненію жизни, что выражается въ чрезвычайномъ безпокойствѣ за свою жизнь, въ безпрерывной боязни смерти. Это бываетъ иной разъ какъ врожденная особенность, иной разъ какъ результатъ пріобрѣтенной нервной слабости, неврастеніи, ипохондріи. При этомъ больные почти исключительно сосредоточиваютъ свое вниманіе на томъ, что можетъ грозить опасностью жизни, дѣлаются крайне малодушны, ищутъ спасенія во всевозможныхъ средствахъ, какъ врачебныхъ, такъ и являющихся результатомъ суевѣрія и невѣжества.

Не нужно однако думать, что у людей, страдающихъ страхомъ смерти, существуетъ и усиленное влеченіе къ сохраненію жизни. Часто рядомъ съ страхомъ смерти существуетъ и наклонность къ самоубійству для избавленія отъ мучительнаго состоянія.

Затѣмъ большой практическій интересъ имѣетъ **разстройство влеченія къ пищѣ** у душевно-больныхъ.

Влеченіе къ пищѣ составляетъ также одно изъ присущихъ человѣку влеченій. У здороваго человѣка оно является не постоянно, а время отъ времени, причемъ у здороваго человѣка при долгомъ неудовлетвореніи пріобрѣтаетъ характеръ почти непреодолимаго влеченія. У душевно-больныхъ измѣненія въ этомъ влеченіи могутъ выражаться въ усиленіи его, въ ослабленіи и въ извращеніи. Усиленіе влеченія къ пищѣ (булимію) мы наблюдаемъ у сравнительно большого количества душевно-больныхъ. Большею частью это слабоумные и идіоты, но иногда и маніакальные больные. У слабоумныхъ бываетъ и усиленное влеченіе къ пищѣ въ значительной степени отъ скуки и отсутствія высшихъ интересовъ, а иногда и просто многоѣденіе (полифагія) вслѣдствіе отсутствія чувства насыщенія. Нѣкоторые объясняютъ булимію какъ явленіе гиперестезіи блуждающаго нерва, развѣтвляющагося въ стѣнкахъ желудка, а полифагію — какъ явленіе анестезіи этого же нерва. Иной разъ усиленное влеченіе къ пищѣ бываетъ какъ одно изъ проявленій навязчивыхъ идей. Я зналъ одну больную, у которой развилась непоборимая потребность ѣсть разъ 30 на дню. Она не чувствовала того, что называется въ собственномъ смыслѣ слова аппетитомъ, но чувствовала необходимость что-нибудь съѣсть, точно это была ея самая настоятельная обязанность: ей нужно было ѣсть въ теченіе дня черезъ каждые полчаса и она это выполняла съ такою аккуратностью, что бросала изъ-за этого всякое дѣло. Усиленное влеченіе къ пищѣ сравнительно въ рѣдкихъ случаяхъ имѣетъ важное значеніе.

Гораздо бо̀льшее значеніе имѣетъ уменьшеніе влеченія къ пищѣ, такъ какъ оно можетъ вести не только къ истощенію больного, но даже и къ смерти. Оно наблюдается вообще при формахъ съ подавленною психическою дѣятельностью, при ступорѣ, а также при меланхоліи. Слѣдствіемъ этого бываетъ нерѣдко отказъ отъ пищи, доходящій до упорнаго сопротивленія (sitophobia). Упорное сопротивленіе къ питанію не всегда впрочемъ вызывается уменьшеніемъ *влеченія* къ пищѣ. Очень нерѣдко влеченіе остается сильнымъ, но больной не ѣстъ или вслѣдствіе бредовой идеи, что ему нельзя ѣсть, такъ какъ онъ недостоинъ или разоренъ, или вслѣдствіе галлюцинацій, заставляющихъ его думать, что пища приготовлена изъ труповъ людей, испражненій или вообще какого-нибудь мерзкаго матеріала, или изъ-за упрямства, настойчивости. Но иногда является полное прекращеніе именно влеченія къ пищѣ, несмотря на крайнее истощеніе. Такіе случаи принадлежатъ къ самымъ тяжелымъ случаямъ ситофобій и заставляютъ обыкновенно прибѣгать къ насильственному кормленію черезъ зондъ, о чемъ мы будемъ говорить въ главѣ о лѣченіи; особенно часто отказъ отъ

пищи вслѣдствіе полнаго отсутствія аппетита (анорексіи) и даже отвращенія бываетъ при тяжелыхъ формахъ меланхоліи, также при остромъ бредѣ, при истеріи и въ психозахъ, развивающихся на почвѣ полового развитія у дѣтей и молодыхъ дѣвушекъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у больныхъ является извращеніе влеченія къ пищѣ; оно выражается въ томъ, что больные имѣютъ влеченіе къ употребленію въ пищу отвратительныхъ предметовъ, наприм., пьютъ свою мочу, ѣдятъ калъ (копрофагія), сперму. Это бываетъ большею частью у больныхъ съ значительною спутанностью сознанія и, какъ показываютъ наблюденія, нерѣдко находится въ связи съ возбужденіями, исходящими изъ половой сферы.

Иногда впрочемъ извращенное влеченіе къ пищѣ бываетъ и у больныхъ съ яснымъ сознаніемъ. Такъ истеричныя особы, хлоротичныя иногда ѣдятъ бумагу, уголь, мѣлъ, графитъ и тому подобныя вещи. Иногда потребность ѣсть песокъ, землю, уголь и пр. доходитъ до степени непреодолимаго влеченія. Въ Московской психіатрической клиникѣ намъ пришлось наблюдать 2-хъ женщинъ (оба эти случаи описаны д-ромъ А. Н. Бернштейномъ), которыя имѣли непреодолимое влеченіе ѣсть землю: потребность была такъ велика, что когда онѣ видѣли землю, то у нихъ страстное желаніе доходило до умоизступленія; онѣ смотрѣли на съѣдобную землю съ такою же жадностью, съ какою запойный пьяница смотритъ на водку. Ничего другого дома обѣ онѣ не ѣли и дошли до очень большого истощенія. Нужно было довольно много усилій, чтобы отучить ихъ отъ этой привычки и возстановить правильное питаніе. Подобнаго рода непреодолимыя влеченія какъ къ не пищевымъ предметамъ, такъ и къ нѣкоторымъ особымъ сортамъ пищи встрѣчаются у беременныхъ въ видѣ такъ называемыхъ извращенныхъ вкусовъ (pica gravidarum).

Употребленіе неперевариваемыхъ и даже отвратительныхъ предметовъ въ пищу бываетъ при ясномъ сознаніи также у нѣкоторыхъ ипохондриковъ, которымъ почему нибудь покажется, что это можетъ послужить къ ихъ выздоровленію отъ мнимой неизлѣчимой болѣзни, которую они у себя воображаютъ. Это наблюдается также у людей съ невропатическимъ расположеніемъ и отличающихся вѣрою въ примѣты и суевѣрія.

Разстройство въ сферѣ половыхъ влеченій тоже представляетъ для психіатра не мало интереса. Съ этой стороны можно наблюдать усиленіе, ослабленіе и извращеніе половыхъ влеченій.

Ослабленіе половыхъ влеченій въ теченіи психическихъ болѣзней приходится наблюдать нерѣдко, особенно при меланхоліи, ипохондріи и при глубокихъ формахъ слабоумія. Большею частью это на-

ходится въ связи съ общимъ упадкомъ питанія организма или съ односторонним направленіемъ сознанія при меланхоліи и ипохондріи, не дающимъ возникнуть половому влеченію. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ослабленіе и прекращеніе полового влеченія является слѣдствіемъ неврастеніи; иногда оно есть врожденное свойство. У слабоумныхъ больныхъ, наприм., при вторичномъ слабоуміи половое влеченіе обыкновенно тоже бываетъ невелико, а во многихъ случаяхъ и совершенно отсутствуетъ. У нѣкоторыхъ субъектовъ, какъ напр., у идіотовъ, при сильной степени недоразвитія мозга, половое влеченіе совсѣмъ не развивается. Оно иногда не развивается вовсе и у нѣкоторыхъ лицъ, принадлежащихъ къ дегенеративнымъ семьямъ, въ остальномъ не представляющихъ никакихъ признаковъ отсталости: это все случаи отсутствія полового чувства, о которомъ мы говорили въ соотвѣтствующей главѣ.

Мнѣніе Крафтъ-Эбинга, выраженное имъ между прочимъ въ его „Судебной Психопатологіи“, что обыкновенно при отсутствіи половыхъ влеченій бываетъ и отсутствіе нравственныхъ и соціальныхъ чувствованій, врядъ-ли можетъ быть признано достаточно обоснованнымъ. Вѣрнѣе всего, что оно есть результатъ недоразумѣнія, обязаннаго своимъ происхожденіемъ тому довольно распространенному (и достаточно обоснованному) мнѣнію, что существуетъ нѣкоторая зависимость между половымъ чувствомъ и высшими чувствованіями. Еще старинный психіатръ Фальре—отецъ указывалъ на чрезвычайную частоту совпаденія эротическихъ проявленій съ религіознымъ чувствомъ и религіознымъ бредомъ у душевно-больныхъ. Я лично въ моей статьѣ „По вопросу о свободѣ воли“, отмѣчая фактъ близости полового инстинкта къ проявленіямъ религіознымъ и такимъ высоконравственнымъ, какъ самопожертвованіе и высшія формы идеализма, указывалъ, что причина этой близости въ томъ, что въ половомъ чувствѣ лежитъ *мостъ* отъ эгоизма къ альтрюизму: вѣдь половой инстинктъ имѣетъ двѣ стороны: одну—чувственную и другую—творческую. Благодаря тому, что половое чувство связано съ размноженіемъ, съ появленіемъ въ другомъ существѣ части своего „я“ оно даетъ возможность для образованія перехода отъ любви къ самому себѣ къ любви къ другому человѣку, а отсюда къ любви къ всему жизненному. Но если такая связь между половымъ чувствомъ и высшими стремленіями человѣка должна быть признана, все-таки она лишь *генетическая*, имѣвшая особенно большое значеніе при развитіи біологическаго типа человѣка, для живущихъ-же теперь людей она имѣетъ не то значеніе, и нѣтъ сомнѣнія, что теперь встрѣчаются люди съ слабымъ половымъ влеченіемъ, но съ чрезвычайно высокимъ нравственнымъ чувствомъ и съ энергичной потребностью служить высшимъ нравственнымъ задачамъ.

Усиленіе половыхъ влеченій (либидинозность) является нерѣдко симптомомъ, привлекающимъ вниманіе врача. Оно является часто при маніи, прогрессивномъ параличѣ, старческомъ слабоуміи. Проявленія его различны. Иногда больной сохраняетъ извѣстное самообладаніе

и не допускаетъ до грубаго проявленія половыхъ влеченій. Они проявляются въ такихъ случаяхъ во влюбчивости, въ стремленіи быть въ обществѣ лицъ другого пола, въ особенностяхъ позы и костюма, въ обнаженіи рукъ и шеи у женщинъ, въ распусканіи волосъ и т. п. Въ другихъ случаяхъ они выражаются въ болѣе рѣзкихъ проявленіяхъ либидинозности, въ циничныхъ словахъ и поступкахъ, въ обнаженіи своихъ половыхъ органовъ, въ открытомъ онанизмѣ, въ насиліяхъ. Прежде формы болѣзней, соединенныя съ усиленіемъ полового влеченія, называли отдѣльными названіями, а именно—nymphomania у женщинъ и satyriasis у мужчинъ. Въ настоящее время эти явленія считаютъ не за отдѣльную болѣзнь, а только за одинъ изъ симптомовъ различныхъ формъ душевнаго заболѣванія (напр. маніакальной экзальтаціи, прогрессивнаго паралича, старческаго слабоумія). Очень нерѣдко этотъ симптомъ бываетъ преходящимъ, какъ напр. при періодическихъ психозахъ у нѣкоторыхъ женщинъ при менструаціяхъ.

Половыя влеченія иногда въ очень сильной степени появляются у нѣкоторыхъ невропатическихъ особъ, какъ реакція на сильное душевное потрясеніе, напр. послѣ сильнаго горя, потери близкихъ людей. Это нужно знать врачу, чтобы правильно понимать нѣкоторыя явленія обыденной жизни, могущія подать поводъ къ неправильному толкованію и несоотвѣтствующимъ дѣйствіямъ. Я помню одну молодую интеллигентную женщину, утомившуюся уходомъ за своимъ ребенкомъ, страдавшимъ туберкулезнымъ воспаленіемъ мозга, которая вдругъ при гробѣ ребенка почувствовала почти непреодолимое влеченіе отдаться одному близкому другу ея мужа. Честная, откровенная она сказала объ этомъ мужу. Любящій, готовый на самопожертвованіе, тотъ предоставилъ женѣ свободу дѣйствій... и непоправимая бѣда чуть не совершилась, если бы мужъ, принявшій первую дозу яда (онъ хотѣлъ лишить себя жизни постепеннымъ отравленіемъ), не рѣшилъ обратиться къ врачу, который и разъяснилъ дѣло. Черезъ нѣсколько дней половое влеченіе несчастной женщины прошло, и она удивлялась, какъ могло нахлынуть на нее совершенно чуждое ей чувство.

Французскій психіатръ Маньянъ [1]) разсказываетъ слѣдующій случаи чрезмѣрнаго полового влеченія, который ему пришлось наблюдать: Больная женщина, 35 лѣтъ, съ огромной заячьей губой, неудачно оперированной Регулы появились у нея съ 14 лѣтъ, и съ того времени она стала испытывать большое удовольствіе въ присутствіи мущинъ. Съ возрастомъ ея половыя желанія все усиливались, и около 25 лѣтъ она стала онанировать. Позднѣе половое воз-

[1]) Объ аномаліяхъ, уклоненіяхъ и извращеніяхъ половою чувства —Вѣстн. психіатріи. Годъ 2-й

бужденіе усилилось до такой степени, что ей достаточно было увидѣть мужчину стараго или молодого изящнаго или грязноодѣтаго, чтобы появлялось крайнее половое возбужденіе. она убѣгаетъ въ свою комнату, запирается въ ней спускаетъ занавѣсъ окна и забивается въ уголъ дрожащая боящаяся слышать голосъ мужчины, что еще усилило-бы ея страданія. Она не спитъ ночью, аппетитъ упалъ, и она стала невыносима и даже опасна для окружающихъ По совѣту какой-то доброжелательницы она испробывала даже лѣченіе ab homine и въ продолженіе цѣлаго года отдавалась мужчинѣ, къ которому не питала ни малѣйшей склонности, но ласкъ котораго искала по ея словамъ, какъ полезнаго лѣкарства Эта терапія осталась однако съ такими же отрицательными результатами, какъ и онанизмъ, и половая похоть осталась ненасыщенною Видъ мужчины приводилъ ее въ состояніе крайняго возбужденія, и въ концѣ концовъ ее помѣстили въ больницу для душевно-больныхъ. Въ больницѣ она чувствуетъ себя болѣе крѣпкой и можетъ совладать съ собою въ присутствіи служебнаго персонала, но какъ только посторонній или рабочій появится въ саду больницы, она отворачиваетъ голову и бѣжитъ прятаться, чтобы не видать его. Болѣе, чѣмъ двухлѣтнее пребываніе въ больницѣ, бромистые препараты и ванны успокоили ея половой эротизмъ, но все таки появленіе мужчины вызываетъ извѣстное возбужденіе.

Рядомъ съ усиленіемъ половыхъ влеченій должно быть поставлено и чрезмѣрно раннее развитіе ихъ или чрезмѣрно позднее сохраненіе у стариковъ (paradoxia sexualis). Въ большинствѣ случаевъ половыя влеченія появляются около времени половой зрѣлости; но у нѣкоторыхъ невропатическихъ субъектовъ намеки на развитіе половыхъ влеченій обнаруживаются гораздо ранѣе. Это обусловливается чаще всего наслѣдственнымъ расположеніемъ, на почвѣ котораго вообще развитіе совершается несвоевременно и не гармонично, при чемъ нѣкоторыя стороны развиваются слишкомъ поздно, другія же слишкомъ рано. Иногда раннему развитію половыхъ влеченій способствуетъ неправильное воспитаніе, при чемъ иной разъ играетъ видную роль прямое раздраженіе половыхъ органовъ со стороны невѣжественныхъ или развращенныхъ нянекъ и воспитательницъ, а въ другихъ случаяхъ — вліяніе примѣра со стороны товарищей или раздраженіе путемъ взаимнаго онанизма Нѣтъ сомнѣнія, что часто преждевременно сильному развитію половыхъ влеченій способствуетъ чтеніе скабрезныхъ произведеній, посѣщеніе кафешантановъ, выслушиваніе циничныхъ анекдотовъ. Но иной разъ приходится наблюдать необыкновенно раннее и вмѣстѣ съ тѣмъ очень сильное развитіе половыхъ влеченій, появившееся совершенно самобытно.

Описанъ случай, когда трехлѣтній ребенокъ буквально накидывался на дѣвочекъ и взрослыхъ женщинъ; извѣстны случаи, что маленькія дѣвочки, никѣмъ не побуждаемыя, съ необыкновеннымъ цинизмомъ предавались разврату. Большею частью въ этихъ случаяхъ были и другіе признаки прирожденнаго нравственнаго уродства.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ половыя влеченія сохраняются очень долго. Обыкновенно половыя влеченія къ старости становятся слабѣе и угасаютъ. Время, когда это происходитъ, очень различно: у иныхъ угасаніе начинается ранѣе, чѣмъ наступаютъ старческія измѣненія въ половыхъ органахъ, у другихъ, наоборотъ, половыя влеченія остаются и тогда, когда въ половой системѣ произошли уже регрессивныя измѣненія. Если сильныя половыя влеченія сохраняются при рѣзкихъ признакахъ общей старческой дряхлости, то это всегда есть явленіе патологическое. Иной разъ приходится наблюдать, что уже угасшее половое влеченіе вдругъ подъ вліяніемъ болѣзненныхъ условій снова появляется и притомъ въ крайне рѣзкой, необузданной формѣ, привлекающей вмѣшательство судебной инстанціи. Это бываетъ иной разъ однимъ изъ начальныхъ признаковъ старческаго слабоумія.

Особеннаго вниманія заслуживаетъ извращеніе полового влеченія, влекущее къ ненормальному способу удовлетворенія полового чувства.

Въ этомъ отношеніи мы можемъ отмѣтить цѣлый рядъ разновидностей:

1. Самое частое проявленіе, сюда относящееся, есть онанизмъ— **masturbatio**. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ однако онанизмъ является только замѣной недостаточнаго полового удовлетворенія у невропатическихъ натуръ или вслѣдствіе слишкомъ рано развивающагося полового влеченія, или дурно направленнаго вниманія въ эту сторону. Лишь въ очень немногихъ случаяхъ онанизмъ является дѣйствительно извращеніемъ половыхъ влеченій, когда человѣкъ не имѣетъ никакой наклонности къ совокупленію, а только къ онанизму. У душевнобольныхъ онанизмъ наблюдается очень часто—особенно у слабоумныхъ, не работающихъ и ничѣмъ не занятыхъ больныхъ, наклонныхъ къ постоянному лежанію. Кромѣ того упорный онанизмъ бываетъ нерѣдкимъ спутникомъ ажитированной меланхоліи у женщинъ, страдающихъ какими нибудь болѣзненными ощущеніями въ половой системѣ.

2. Одно изъ частыхъ проявленій извращенія половыхъ влеченій заключается *въ стремленіи къ половымъ отношеніямъ съ особами своего пола* т. наз. превратное половое чувство (**Conträre Sexualempfindung**). При нормальныхъ условіяхъ половое чувство вызывается лицомъ другого пола, такъ какъ только въ этомъ случаѣ за половымъ актомъ слѣдуетъ его естественное и цѣлесообразное послѣдствіе—увеличеніе рода. Но бываетъ и наоборотъ: у человѣка является побужденіе имѣть отношеніе съ лицами одного съ нимъ пола. Это ведетъ къ мужеложству (педерастіи) у мужчинъ и къ лесбосской любви или

трибадіи у женщинъ. Нѣкоторыя особенныя условія восточной жизни сдѣлали эти явленія присущими даже нормальнымъ людямъ. У насъ тоже иногда при неблагопріятныхъ условіяхъ воспитанія въ закрытыхъ заведеніяхъ развивается искусственно этого рода явленіе; есть нѣкоторыя учебныя заведенія, въ которыхъ временами, подъ вліяніемъ отдѣльныхъ личностей, такія извращенныя половыя отношенія являются въ большомъ количествѣ. То же замѣчается въ тюрьмахъ, казармахъ и т. п. Въ такихъ случаяхъ, впрочемъ, человѣкъ, случайно имѣвшій отношенія съ лицами одного пола, вовсе не имѣетъ отвращенія къ половымъ отношеніямъ съ лицами другого пола.

Но бываютъ случаи, гдѣ извращеніе полового чувства бываетъ полное. Такъ, мужчина рѣшительно не можетъ чувствовать никакого полового возбужденія въ присутствіи женщины, а чувствуетъ его только въ присутствіи мужчины.

Вотъ какъ описываетъ развитіе половыхъ влеченій проф. В. М. Тарновскій въ своей очень интересной статьѣ: „Извращеніе полового чувства“ (Вѣстникъ Психіатріи, II). „Ребенокъ съ врожденнымъ половымъ извращеніемъ ростетъ и развивается во всѣхъ отношеніяхъ, повидимому, правильно. Только половое чувство пробуждается у большинства необыкновенно рано, и по мѣрѣ приближенія къ періоду, половой зрѣлости наступаетъ цѣлый рядъ ненормальныхъ болѣзненныхъ уклоненій. Первое проявленіе стыдливости имѣетъ мѣсто не по отношенію дѣвушекъ или женщинъ, а взрослыхъ мущинъ. Мальчикъ, напр., болѣе стыдится раздѣться передъ посторонним мужчиною, нежели передъ женщиною. Далѣе, ему нравится находиться въ обществѣ мужчинъ, получать ласки и поощренія болѣе отъ мужчинъ, чѣмъ отъ женщинъ. Онъ сильно привязывается, неотступно слѣдуетъ, безпрекословно слушается, восхищается — словомъ „обожаетъ“ непремѣнно мужчину, храбраго, великодушнаго, умнаго, или человѣка съ сильно развитыми мышцами и остается совершенно равнодушнымъ къ женщинамъ. Наступаетъ наконецъ половая зрѣлость; являются сильныя ночныя возбужденія съ изверженіемъ сѣмени. Поллюціи сопровождаются сновидѣніями, сначала неясными, легко забываемыми, которыя съ каждымъ разомъ становится рѣзче, опредѣленнѣе и нерѣдко поражаютъ своею странностью самого юношу. Ему во снѣ припоминаются, помимо его воли, не встрѣчи, разговоры и ласки женщинъ, а случайныя поощренія, пожатіе руки, поцѣлуи взрослыхъ, преимущественно физически развитыхъ мужчинъ. До крайней степени возбужденія, оканчивающагося изверженіемъ сѣмени, доводятъ его во снѣ не образъ женщины въ соблазнительныхъ позахъ и движеніяхъ, а ласки, объятія и поцѣлуи муж-

чины. Представленіе о женщинахъ не только не возбуждаетъ его полового влеченія, а окончательно убиваегъ всякое вожделѣніе, случайно вызванное. У нормальныхъ людей пылъ полового возбужденія обыкновенно быстро проходитъ при видѣ взрослыхъ мужчинъ. У врожденнаго педераста точно также исчезаетъ всякое возбужденіе въ присутствіи женщинъ. Видъ раздѣтой женщины оставляетъ его равнодушнымъ.... По мѣрѣ усиленія описываемаго отклоненія половой дѣятельности начинаютъ выясняться и другія особенности больного организма. Юноша старается быть женственнымъ, любитъ наряжаться въ женское платье, носить длинные завитые волосы, имѣть открытую шею, стянутую талію; любитъ душиться, пудриться, румяниться, подрисовывать брови. Развивается тотъ противный для мужчинъ и презираемый женщинами типъ женоподобнаго мужчины, котораго не трудно узнать по внѣшности..."

Одинъ изъ больныхъ такого рода разсказывалъ мнѣ, что, едва онъ составилъ себѣ представленіе о половыхъ отношеніяхъ, онъ въ своихъ мечтахъ представлялъ себя женщиной, а не мужчиной. Затѣмъ у него половое желаніе въ этомъ направленіи усилилось. Ему особенно пріятно было бывать въ обществѣ молодыхъ красивыхъ мужчинъ, особенно военныхъ, онъ охотно бралъ ихъ за руки, потому что при этомъ была эрекція, любилъ спать съ ними на одной кровати. Наконецъ, дѣло дошло до того, что у него явилась потребность, чтобы кто-нибудь имѣлъ съ нимъ половыя отношенія черезъ задній проходъ. Для этого онъ иногда нанималъ солдата, который за вознагражденіе и исполнялъ эту функцію. Онъ влюблялся въ военныхъ, переносилъ всевозможныя оскорбленія и лишенія, только чтобы имѣть возможность наслажденія. Я останавливаюсь на этихъ явленіяхъ довольно подробно потому, что знаніе ихъ для врача необходимо, такъ какъ иногда они бываютъ предметомъ судебно-медицинской экспертизы.

Представленное развитіе характеризуетъ одинъ типъ педерастовъ (пассивныхъ). Но есть другая категорія педерастовъ, такъ наз. активныхъ; первые въ актѣ совокупленія съ мужчинами играютъ роль женщинъ, вторые — мужчинъ. У такихъ лицъ ненормальность полового влеченія является тоже очень рано — съ дѣтства. У нихъ уже рано видъ обнаженныхъ частей мужчины, особенно ягодицъ, вызываетъ половое чувство. Я зналъ одного гимназиста, у котораго это началось такъ: ему въ дѣтствѣ доставляло удовольствіе бывать въ банѣ и видѣть голыхъ мужчинъ. Потомъ явилась потребность дотрогиваться до ягодицъ; это сопровождалось сладострастнымъ чувствомъ. Чтобы имѣть возможность удовлетворять своему, хотя еще мало сознательному вле-

ченію, онъ сталъ давать уроки одному мальчику съ тѣмъ условіемъ, что, если тотъ не хорошо будетъ знать уроки, онъ его слегка посѣчетъ. Хорошо, что эта особенность была рано замѣчена домашнимъ врачемъ, и послѣ принятыхъ воспитательныхъ мѣръ извращеніе полового чувства прошло у этого мальчика. У другихъ лицъ, какъ показываетъ наблюденіе, это въ дальнѣйшемъ ведетъ къ педерастіи, къ наклонности совокупляться черезъ задній проходъ съ мужчинами.

Повидимому, вліяніе примѣра и неправильнаго воспитанія на субъектовъ послѣдней категоріи имѣетъ значительно большее значеніе, чѣмъ на первыхъ. Многіе изъ лицъ, страдающихъ извращеннымъ половымъ влеченіемъ, сознаютъ его, стараются себѣ объяснить, говоря, что у нихъ „женская душа въ мужскомъ тѣлѣ“; нѣкоторые пробуютъ лѣчиться. Но есть довольно много людей этой категоріи, которые считаютъ себя по этому своему свойству какими-то избранными натурами, (своеобразные „эстеты“), обладающими способностью испытывать такія тонкія ощущенія, къ которымъ неспособны обычные люди, и полагающіе, что нормальныя половыя отношенія между мужчиною и женщиною не могутъ дать того наслажденія, которое они испытываютъ.

Такого рода воззрѣнія особенно часто проповѣдуются впрочемъ женщинами, страдающими превратнымъ половымъ ощущеніемъ, т. е. половымъ влеченіемъ къ женщинамъ. У женщинъ подобныя аномаліи встрѣчаются не рѣже, если только не чаще, чѣмъ у мужчинъ, но естественно, что свѣдѣній объ этомъ мы имѣемъ меньше.

Интересное описаніе одного случая такого рода сдѣлалъ д-ръ Ѳ. Е. Рыбаковъ [1]). Вестфаль, одинъ изъ первыхъ описавшій этого рода аномаліи, указываетъ, что у женщинъ такъ же, какъ у мужчинъ, подобная аномалія развивается чаще всего съ дѣтства. Еще въ пансіонахъ взгляды нѣкоторыхъ подругъ производятъ на нихъ сильное впечатлѣніе; онѣ держатъ себя по отношенію къ нимъ, какъ влюбленныя, краснѣютъ въ ихъ присутствіи, мечтаютъ о нихъ. У болѣе взрослыхъ дѣвушекъ, любимыя особы видятся имъ во снѣ, ласки вызываютъ половое возбужденіе, соединенное съ выдѣленіемъ изъ влагалища. Чѣмъ дальше, тѣмъ это становится все болѣе и болѣе, и наконецъ дѣло доходитъ до настоящихъ романовъ съ страстными объясненіями, ревностью по отношенію къ другимъ женщинамъ (но эти больныя не ревнуютъ къ мужчинамъ, даже относительно замужнихъ). Очень нерѣдко между такого рода женщинами устанавливаются настоящія сожительства.

Степень превратнаго полового отношенія бываетъ у субъектовъ,

[1]) Врачъ 1898 г.

страдающихъ этою формою аномалій влеченій, довольно различна. Въ этомъ отношеніи Крафтъ Эбингъ различаетъ слѣдующіе типы: 1) Такъ наз. половая двухенастность, (hermaphrodisia psychica), выражающаяся въ томъ, что склонность къ другому полу до нѣкоторой степени сохраняется, и половыя отношенія съ особами другого пола возможны. 2) Половое влеченіе возможно только къ лицамъ одного своего пола, но складъ душевной жизни въ остальномъ сохраняется у мужчинъ—мужской, у женщинъ—женскій (homosexualitas) 3) Половое влеченіе существуетъ исключительно къ особамъ своего пола, но мало этого,— при этомъ и психическій складъ измѣняется: мужчины принимаютъ привычки, а иногда и одежду женщинъ (effeminatio), женщины-же принимаютъ привычки мужчинъ (viraginitas). 4) Наконецъ четвертую степень составляютъ случаи, въ которыхъ не только чувствованія и привычки извращены, но и въ тѣлесномъ развитіи замѣчаются у мужчинъ нѣкоторыя особенности женскаго склада: широкій тазъ, женское лицо и голосъ, отсутствіе усовъ и бороды (androgynia), а у женщинъ—мужского: усы, борода, низкій голосъ, узкій тазъ (gynandria)

Нужно замѣтить, что превратное половое ощущеніе является въ громадномъ большинствѣ случаевъ постоянною особенностью даннаго субъекта, хотя способность сдерживать проявленія его можетъ въ значительной степени колебаться подъ вліяніемъ различныхъ условій.

3. Третью форму проявленія извращенія половыхъ влеченій представляетъ: извращенное половое отношеніе къ лицамъ другого пола Въ этомъ отношеніи различнаго рода аномаліи встрѣчается очень много, особенно у лицъ невропатическихъ, принадлежащихъ къ числу вырождающихся У такихъ людей существуетъ очень большая наклонность къ достиженію полового удовлетворенія ненормальнымъ путемъ; естественныя нормальныя половыя отношенія обыкновенно скоро перестаютъ удовлетворять ихъ въ той степени, какъ это имъ хотѣлось бы, и они ищутъ удовлетворенія при помощи какихъ нибудь особенныхъ способовъ, придуманныхъ изощреннымъ развратомъ. Нѣкоторые, разъ испытавъ какіе нибудь неестественные способы удовлетворенія, потомъ уже почти не могутъ быть возбудимы въ половомъ отношеніи нормальнымъ образомъ. Всѣхъ видовъ такого рода извращенныхъ способовъ половыхъ отношеній нельзя и перечислить; я могу только отмѣтить, что врачу приходится въ этомъ отношеніи выслушивать почти невѣроятныя признанія какъ со стороны самихъ больныхъ, такъ еще чаще со стороны ихъ женъ, обреченныхъ на истязанія, о которыхъ онѣ не рѣшаются изъ чувства стыда сказать даже ближайшимъ роднымъ; и это

часто встрѣчается въ семьяхъ высоко интеллигентныхъ, пользующихся всеобщимъ уваженіемъ. Я зналъ одну очень образованную даму, которая только послѣ 20 лѣтъ супружества рѣшилась сказать врачу о тѣхъ нравственныхъ и физическихъ мученіяхъ, которыя ей пришлось переносить отъ своего всѣми уважаемаго и очень умнаго мужа: между прочимъ мужъ заставлялъ ее приглашать молодыхъ женщинъ, которыя ему нравились, просилъ жену подъ какимъ нибудь предлогомъ раздѣвать ихъ такъ, чтобы онъ черезъ щелку могъ видѣть обнаженныхъ гостей своей жены; тогда у него появлялось полное удовлетвореніе. Мало того, онъ однажды со слезами на колѣняхъ умолялъ жену, чтобы она отдалась одному знакомому, но такъ, чтобы онъ изъ сосѣдней комнаты черезъ особое отверстіе могъ видѣть всѣ подробности полового акта. Несчастная женщина, вынужденная мольбою и отчаяннымъ видомъ мужа, согласилась, а мужъ, наблюдая половой актъ, испытывалъ, по его словамъ, величайшее удовлетвореніе... Много подобныхъ тайнъ хранится въ семьяхъ, по внѣшнему виду вполнѣ довольныхъ и счастливыхъ.

Изъ своеобразныхъ разстройствъ, выражающихся въ извращеніи половыхъ влеченій, остающихся все-таки по отношенію къ лицамъ *другого* пола, слѣдуетъ отмѣтить то, что называется по терминологіи Крафтъ-Эбинга, много сдѣлавшаго для выясненій аномалій половыхъ влеченій,— садизмомъ и мазохизмомъ [1]).

Садизмъ или половое насильничество, или по названію, данному русскимъ юристомъ Стефановскимъ, — половой тираннизмъ, выражается въ стремленіи причинить боль или вообще какое-нибудь поврежденіе объекту половой страсти. Въ слабой степени это обнаруживается у довольно многихъ, не совсѣмъ уравновѣшанныхъ людей въ томъ, что при обычныхъ половыхъ отношеніяхъ они усиливаютъ половое возбужденіе кусаніемъ или щипаніемъ. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ влеченіе такого рода достигаетъ чрезвычайной степени, и половое удовлетвореніе достигается не иначе, какъ при буквальномъ истязаніи или даже убійствѣ жертвъ страсти. Нѣкоторые индивидуумы топчатъ, колотятъ и душатъ женщинъ, на которыхъ набрасываются, другіе испытываютъ половое удовлетвореніе только при видѣ крови и наносятъ своимъ жертвамъ тяжкія поврежденія ножомъ или кинжаломъ, третьи, наконецъ, убиваютъ ихъ, распарывая животъ, вынимаютъ половые органы и иногда даже пожираютъ ихъ. У нѣкоторыхъ изъ числа такого рода индивидуумовъ,

---

[1]) Названія „садизмъ" и „мазохизмъ" даны по именамъ маркиза де-Садъ и Захеръ-Мазоха. Въ произведеніяхъ этихъ писателей Крафтъ-Эбингъ отмѣчаетъ характерныя описанія изученныхъ имъ проявленій неправильныхъ половыхъ отношеній

превращающихся въ минуту страсти въ „людей-звѣрей" верхъ удовлетворенія половой похоти достигается при насильничествѣ надъ трупами: они выкапываютъ тѣла умершихъ, насилуютъ ихъ, терзаютъ и иногда поѣдаютъ. Поразительный случай такого явленія (г. наз. некрофиліи) представляетъ дѣло сержанта Бертрана, который раскапывалъ трупы женщинъ на кладбищахъ, распарывалъ имъ животъ и, вынувъ внутренности, мастурбировалъ; онъ это продѣлывалъ всегда надъ трупами женщинъ, а за невозможностью добыть ихъ надъ трупами животныхъ; „иногда, говорилъ онъ, мнѣ приходило въ голову изрѣзать мужской трупъ, но это всегда вызывало во мнѣ отвращеніе".

Влеченіе къ удовлетворенію своей страсти путемъ разрѣзыванія труповъ достигало у Бертрана непобѣдимой силы, и онъ подвергался большой опасности, чтобы только получить возможность своего страшнаго наслажденія. Вотъ что онъ разсказываетъ въ написанной имъ предсмертной исповѣди. Пріѣхавъ въ Дуэ, я ощутилъ потребность изрѣзать на части мертвое тѣло. Вечеромъ я отправился на кладбище. Послѣ зари военныхъ не пропускали за черту города, и мнѣ приходилось перелѣзать черезъ высокую стѣну и переплывать черезъ канаву. Холодъ былъ очень рѣзокъ, и въ водѣ плавали льдины. Но развѣ это могло удержать меня? Добравшись до кладбища, я принялся отрывать трупъ дѣвушки 15-17 лѣтъ. Тутъ я въ первый разъ предался безумнымъ ласкамъ надъ трупомъ. Я не могу описать своихъ ощущеній: но все, что испытывается съ живою женщиною, ничто въ сравненіи съ полученнымъ мною наслажденіемъ. Я перецѣловалъ всѣ части ея тѣла, прижималъ къ сердцу съ неистовою силою, однимъ словомъ я осыпалъ ее самыми пламенными ласками; насладившись съ четверть часа, я принялся разрѣзать трупъ на куски и вынимать внутренности, какъ и всѣмъ прочимъ жертвамъ моего бѣшенства. Уложивъ трупъ обратно въ могилу и прикрывъ его землею, я тѣмъ-же путемъ вернулся въ казармы"

Случаевъ, въ которыхъ половое насильничество обнаруживается не противъ мертвыхъ, а противъ живыхъ, описывается довольно много. Я приведу два примѣра, которые заимствую такъ же, какъ и предыдущій, изъ сочиненія проф. Тарновскаго. Первое наблюденіе касается одного виноторговца, который съ 14 лѣтняго возраста мучился страстнымъ желаніемъ нанести легкое увѣчье молодой дѣвушкѣ съ цѣлью полового удовлетворенія, а въ 19 лѣтъ привелъ свое желаніе въ исполненіе. Поступокъ этотъ сопровождался почти моментальнымъ изверженіемъ сѣмени. Совершивъ такой актъ, онъ чувствовалъ угрызеніе совѣсти, клялся болѣе его не повторять, но исполнить своей клятвы не могъ. Вначалѣ онъ довольствовался легкимъ уколомъ, или крѣпкимъ сдавленіемъ руки или шеи дѣвушки; затѣмъ это скоро перестало вызывать изверженіе сѣмени... Потребовались увѣчья. Онъ сталъ колоть свои жертвы стилетомъ. Когда платье защищало дѣвушку отъ пораненія, онъ всегда зналъ, что уколъ не удался, потому что у него не было изверженія сѣмени. Онъ говорилъ на судѣ, что обыкновенно старался не причинять большого вреда своимъ жертвамъ, ибо былъ религіозенъ, и кололъ исключительно дѣвушекъ, о чемъ предварительно наводилъ справки: замужнихъ женщинъ онъ щадилъ, дѣвушекъ выбиралъ молодыхъ и красивыхъ.

Другое наблюденіе касается одного 30-лѣтняго солдата, который находилъ особое наслажденіе наносить раны ножемъ въ половыя части молодымъ дѣвушкамъ, встрѣчаемымъ имъ на улицѣ, и затѣмъ созерцать кровь, струившуюся съ ножа, что доставляло ему тоже чувство удовлетворенія, какъ если бы на самомъ дѣлѣ онъ имѣлъ сообщеніе съ своими жертвами. Этотъ солдатъ съ молодыхъ лѣтъ предавался онанизму, имѣлъ нормальныя сношенія съ публичными женщинами и кромѣ того многократно совершалъ содомическій актъ съ маленькими дѣвочками; впослѣдствіи онъ находилъ особенное удовольствіе мастурбировать на глазахъ маленькихъ дѣвочекъ. Затѣмъ ему пришла въ голову мысль, что хорошо бы было воткнуть ножъ въ половые органы молодой красивой дѣвушкѣ и любоваться, какъ съ ножа будетъ струиться кровь Сказано- сдѣлано и „по мѣрѣ удовлетворенія сладострастія, говоритъ онъ, этимъ самимъ дьяволомъ внушеннымъ способомъ, порывъ къ повторенію его становился сильнѣе и неудержимѣе“ Онъ изуродывалъ такимъ образомъ семь дѣвушекъ. — По свидѣтельству начальства этотъ солдатъ былъ человѣкъ вспыльчивый, но не злой, имѣлъ странности, держался особнякомъ и цѣлые часы проводилъ въ созерцаніи картинокъ религіознаго характера

Нужно прибавить, что нѣкоторые субъекты испытываютъ половое чувство, только раня самихъ себя ножомъ или кинжаломъ. Поэтому все тѣло ихъ покрыто рубцами отъ болѣе или менѣе значительныхъ уколовъ.

Мазохизмъ или пассивизмъ (по терминологіи Стефановскаго) есть явленіе обратное только-что описанному насильничеству. Онъ проявляется въ томъ, что для удовлетворенія чувства сладострастія человѣкъ долженъ испытать самъ какую-нибудь боль или истязаніе отъ лицъ другого пола; иногда этимъ подготовляется возбужденіе, послѣ чего наступаетъ возможность имѣть нормальное половое сношеніе, иногда-же половой оргазмъ достигаетъ высшей степени именно во время истязаній. Иной разъ насиліе должно быть только физическое, а въ другихъ-же случаяхъ и нравственное. Въ самыхъ простыхъ случаяхъ индивидуумъ, подверженный мазохизму, требуетъ, чтобы его сѣкли передъ актомъ совокупленія, въ другихъ дѣло доходитъ до гораздо болѣе сложныхъ дѣйствій. У нѣкоторыхъ больныхъ побужденія къ такого рода актамъ являются періодически черезъ опредѣленные промежутки времени совершенно на подобіе періодическаго психоза, въ родѣ запоя, и требуютъ для своего проявленія особенныхъ сложныхъ условій и ряда подготовительныхъ актовъ.

Одинъ больной, о которомъ пишетъ проф Тарновскій, устраивалъ для своего приступа чрезвычайно сложную обстановку черезъ преданное ему лицо, знавшее его болѣзнь. Заранѣе нанималась отдѣльная квартира, въ которой помѣщалась проститутка въ видѣ госпожи и при ней кухарка и горничная изъ ея же товарокъ. Наступалъ приступъ. Больной, не видавшій никого изъ подговоренныхъ лицъ, являлся въ указанную квартиру, гдѣ его раздѣвали, подвергали всевозможнымъ насиліямъ въ половомъ отношеніи, онанировали, сѣк-

ли и т. п.—все въ извѣстномъ порядкѣ и согласно сдѣланнымъ указаніямъ. Больной, повидимому, сопротивлялся, бранился, сердился, просилъ прощенія, по тѣмъ не менѣе исполнялъ всѣ требованія. Затѣмъ ему давали чего нибудь поѣсть, приказывали лечь спать, не смотря на протесты, били его, если онъ не слушался. Такъ продолжалось нѣсколько дней. Когда приступъ кончался, что узнавало по нѣкоторымъ признакамъ довѣренное лицо, издали наблюдавшее за больнымъ, но не показывавшееся ему,—больного выпускали. Черезъ нѣсколько дней онъ являлся къ своей семьѣ, женѣ и дѣтямъ, не подозрѣвавшимъ его болѣзни. Умный, очень образованный, дѣловой, богатый онъ всегда находилъ основательные предлоги для исчезновенія во время приступа, повторявшагося иногда и два раза въ годъ“.

4. Четвертую форму извращенія половыхъ влеченій составляетъ то, что Крафтъ-Эбингъ называетъ *фетишизмомъ* или *сладострастной обожательностью*. Это состояніе выражается въ томъ, что половое удовлетвореніе соединяется съ какимъ-нибудь предметомъ, или даже съ представленіемъ о какомъ-нибудь явленіи, имѣющемъ лишь очень отдаленное отношеніе къ тѣмъ представленіямъ, съ которыми въ нормальномъ состояніи связано половое чувство. Большею частью предметами сладострастнаго обожанія служатъ какія-нибудь части женской одежды, напр., башмаки, чулки, передники, чепчики и т. п.; мастурбація при помощи этихъ предметовъ или просто различныя манипуляціи съ ними (напр., надѣваніе женской сорочки) вызываютъ половое удовлетвореніе, часто невозможное у такихъ субъектовъ естественнымъ путемъ. Иногда предметомъ сладострастнаго обожанія являются части женскаго тѣла, не имѣющія однако сами по себѣ значенія признаковъ половаго различія, напр., волоса, косы, притомъ часто какой-нибудь одной опредѣленной формы, какъ напр., маленькія руки, или сморщенное лицо старухи. У иныхъ людей половое удовлетвореніе вызывается только воображеніемъ какого-нибудь событія; напр., борьбы, драки, насилія, грабежа. Въ большинствѣ случаевъ подобнаго рода—нормальныя половыя отношенія съ женщинами становятся возможны только тогда, когда субъектъ, одержимый половымъ фетишизмомъ, воображаетъ себѣ предметъ своего обожанія: безъ этого эрекція часто совсѣмъ не происходитъ.

Объ одномъ изъ больныхъ этой категоріи такъ разсказываетъ Маньянъ: „Благодаря психопатической наслѣдственности нашъ паціентъ уже съ пятилѣтняго возраста страдаетъ насильственнымъ представленіемъ, которое не оставляетъ его до сихъ поръ. Въ этомъ возрастѣ онъ спалъ съ однимъ родственникомъ 30 лѣтъ, и какъ только этотъ послѣдній надѣвалъ на голову ночной колпакъ,—онъ испытывалъ половое возбужденіе, и у него появлялась эрекція. Около того-же времени ему случилось видѣть, какъ раздѣвалась старуха служанка—опять возбужденіе и эрекція, когда она надѣвала чепецъ. Впослѣдствіи ему достаточно было вообразить себѣ старушечью голову, некрасивую и покрытую морщинами, въ ночномъ колпакѣ, чтобы вызвать половой оргазмъ.

Онъ никогда не искалъ противоестественныхъ половыхъ отношеній; и женское, и мужское обнаженное тѣло не производило на него никакого впечатлѣнія. До 30 лѣтъ онъ не испытывалъ половыхъ отношеній; въ этомъ возрастѣ онъ женился на дѣвушкѣ 24 лѣтъ, которую очень любилъ. Въ первую ночь онъ оказался безсильнымъ, въ слѣдующую — положеніе осталось-бы тоже, если бы онъ въ отчаяніи не вызвалъ въ своемъ воображеніи образъ сморщенной старухи въ чепцѣ; результатъ не заставилъ себя ждать, и онъ немедленно оказался въ возможности исполнить супружескія обязанности. Онъ женатъ уже 5 лѣтъ и до сихъ поръ не можетъ обойтись безъ этого пріема, такъ какъ безсиленъ до тѣхъ поръ, пока не вспомнитъ о привычномъ образѣ старухи. Это странное состояніе, заставляющее его, какъ онъ выражается, профанировать жену, сильно его мучаетъ. Отъ времени до времени онъ подверженъ приступамъ угнетенія съ влеченіемъ къ самоубійству и почти постоянно испытываетъ разные немотивированные страхи и опасенія, напр., боится, что стѣна или домъ, мимо котораго онъ проходитъ, обрушится на него".

Мнѣ, лѣтъ десять назадъ, пришлось наблюдать одного студента, у котораго съ дѣтства половое возбужденіе появлялось при поглаживаніи мѣховыхъ вещей. Затѣмъ, какъ-то борясь съ товарищами, онъ почувствовалъ эрекцію, и впослѣдствіи достаточно было ему присутствовать при дракѣ, чтобы появлялась эрекція и половое возбужденіе. Мало по малу сложилось такъ, что половое возбужденіе тѣснѣйшимъ образомъ связалось у него съ представленіемъ о мѣхѣ и о борьбѣ или даже просто о несправедливости. Онъ часто вызывалъ самъ сладострастное чувство и эякуляцію поглаживаніемъ мѣха (мягкаго, пушистаго, а не жесткаго) или представленіемъ драки. Всякое представленіе насилія и борьбы вызывало у него эрекцію, и онъ жаловался, что вслѣдствіе этого не можетъ въ газетахъ читать о городскихъ происшествіяхъ, если въ нихъ описывались случаи грабежа. Наиболѣе сильное половое возбужденіе являлось у него, когда было соединеніе представленій о мѣхѣ, о грабежѣ, какой нибудь несправедливости, особенно если эта несправедливость касается его самого и какой нибудь женщины. Такъ желая вызвать у себя наиболѣе сильное сладострастное чувство, онъ воображалъ, что идетъ гдѣ нибудь въ глухомъ переулкѣ съ женщиной, которую *несправедливо* считаютъ находящеюся съ нимъ въ половой связи; на нихъ нападаютъ грабители, завязывается борьба, во время которой съ нихъ стаскиваютъ мягкія мѣховыя шубы... Во время подобныхъ мечтаній половое возбужденіе больного достигало высшей степени и совершалась эякуляція. Больной мучился этимъ состояніемъ, испытывалъ обычныя половыя сношенія, которыя однако ему не удавались: онъ разсказывалъ, что пробовалъ проводить ночи съ очень красивыми женщинами, но онѣ были для него совершенно индифферентны въ половомъ отношеніи.

Страсть у подобныхъ больныхъ достигаетъ иногда такой сильной степени, что они изъ за нея готовы на преступленія: такъ описывались случаи воровства женскаго бѣлья исключительно съ цѣлью полового удовлетворенія, задерживались также полиціею люди, слѣдившіе за молодыми дѣвушками съ цѣлью незамѣтно обстричь у нихъ косы.

Разбирая различные случаи аномалій половыхъ влеченій, мы прежде всего должны отмѣтить тотъ фактъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ онѣ наблюдаются у лицъ неуравновѣшенныхъ съ различными признаками, указы-

вающими на большое наслѣдственное предрасположеніе къ нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ, т. е. у дегенерантовъ. Затѣмъ въ большинствѣ случаевъ мы можемъ прослѣдить зависимость этихъ аномалій отъ обстоятельствъ, вызвавшихъ въ раннемъ дѣтствѣ ассоціацію сладострастныхъ ощущеній съ какимъ нибудь случайнымъ явленіемъ или впечатлѣніемъ; случайно образовавшаяся ассоціаціонная связь въ психикѣ субъекта, предрасположеннаго вслѣдствіе дегенераціи именно къ закрѣпленію всякихъ случайныхъ сочетаній, становится прочною и постоянною, если правильнымъ воспитаніемъ или инымъ воздѣйствіемъ (нравственнымъ или гипнотическимъ внушеніемъ) не удастся эту связь ослабить. Разбирая далѣе качества тѣхъ предметовъ или тѣхъ явленій, которыя вызываютъ такія странныя уклоненія въ половыхъ влеченіяхъ, о которыхъ мы говорили, мы можемъ почти всегда найти въ нихъ, хотя очень отдаленное, но все таки дѣйствительное соотношеніе съ тѣмъ, что и у нормальныхъ людей вызываетъ половое чувство, такъ напр., представленіе женскаго одѣянія, насилія. Въ самомъ дѣлѣ, вѣдь половое влеченіе и у каждаго нормальнаго человѣка далеко не есть исключительно реакція на впечатлѣнія отъ тѣла особы другого пола; въ очень большой степени здѣсь всегда принимаетъ участіе и міръ представленій другого, высшаго порядка. Благодаря этому-то у нравственно развитыхъ людей половыя влеченія возникаютъ только по отношенію одного, именно любимаго, человѣка и совсѣмъ не возникаютъ по отношенію къ другимъ лицамъ другого пола. Врачъ, изслѣдующій самымъ подробнымъ образомъ женщину, не чувствуетъ и намека на половое влеченіе. Половое чувство по отношенію къ ближайшимъ родственницамъ, напр., сестрамъ, не испытывается въ христіанскихъ странахъ даже людьми далеко не нравственными, между тѣмъ какъ у нѣкоторыхъ племенъ, у которыхъ браки съ сестрами считаются допустимыми, возможно возникновеніе полового чувства и между такими близкими родственниками, изъ этого ясно, что половое чувство возникаетъ вообще въ зависимости отъ представленій довольно отвлеченныхъ, и ***нѣкоторыя отвлеченныя*** представленія дѣлаютъ рѣшительно невозможнымъ возникновеніе половыхъ влеченій у нормальныхъ людей.

Если такимъ образомъ мы должны считать несомнѣннымъ, что половыя влеченія связаны съ тѣми или другими идеями, то намъ сдѣлается понятнымъ возможность происхожденія аномалій этихъ влеченій отъ такихъ представленій, связь между которыми и половымъ чувствомъ возникла вслѣдствіе случайнаго сочетанія по закону совмѣстности и одновременности, или отъ представленій, имѣющихъ хотя бы отдаленное сродство съ тѣми представленіями, которыя могутъ вызывать половое чувство у людей вообще. У людей, принадлежащихъ къ разряду вырождающихся, существуетъ часто особенная наклонность къ образованію прочныхъ сочетаній между идеями не по главнымъ общимъ признакамъ, а по признакамъ несущественнымъ, иногда даже прямо по контрасту, оттого у такихъ людей такъ легко являются разнообразныя навязчивыя ощущенія, навязчивыя идеи, „хульныя мысли“ и навязчивыя стремленія. Благодаря такой наклонности къ прочнымъ, но неправильнымъ сочетаніямъ представленій, чувствованій и влеченій и является возможность появленія такихъ состояній, какъ возбужденіе полового чувства исключительно видомъ женскаго ночного чепчика, передника или представленіемъ о насиліи, или даже возникновенія превратныхъ половыхъ ощущеній по отношенію къ лицамъ одного пола. Повидимому, въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ основаніи уста-

новленія связи полового влеченія съ тѣмъ или другимъ дѣйствіемъ лежатъ какіе-то безсознательные импульсы, коренящіеся на прирожденныхъ предрасположеніяхъ, переданныхъ по наслѣдству отъ отдаленныхъ предковъ (атавистическія воспоминанія) Можетъ быть въ этомъ коренится основаніе полового насильничества, удовлетворенія полового чувства путемъ борьбы, путемъ такихъ вещей, какъ мѣхъ.

Аномаліи влеченій къ общенію съ другими людьми. Нормальному человѣку свойственно влеченіе къ общенію съ другими людьми. Конечно, это влеченіе существуетъ въ весьма различной степени и у людей здоровыхъ; есть люди, которые постоянно ищутъ общества, другіе, наоборотъ, нелюдимы, склонны къ уединенію. У душевно-больныхъ въ этомъ отношеніи замѣчается разница очень большая въ различныхъ случаяхъ. Есть больные, которые рѣшительно не могутъ оставаться одни, таковы большею частью больные, страдающіе патологическою боязнью смерти; нѣкоторые изъ нихъ не могутъ оставаться одни даже въ своей комнатѣ, другіе не могутъ одни выѣзжать или выходить на улицу. Затѣмъ усиленное влеченіе къ обществу замѣчается при маніакальной экзальтаціи въ періодическомъ или циркулярномъ психозѣ и при началѣ маніакальнаго состоянія прогрессивнаго паралича Больные въ маніакальномъ состояніи быстро составляютъ знакомства, посѣщаютъ общественныя собранія, людей мало знакомыхъ; оставаться однимъ, ни съ кѣмъ не говорить—имъ скучно, хотя съ другой стороны постоянное посѣщеніе общества, длинные разговоры, споры очень вредятъ такимъ больнымъ, сильно возбуждая ихъ.

Наоборотъ, при меланхолическомъ состояніи довольно часто больной желаетъ удалиться отъ людей; нѣкоторые подъ вліяніемъ тоскливаго чувства уходятъ изъ своихъ домовъ и блуждаютъ по уединеннымъ мѣстамъ. Прежде даже былъ въ употребленіи одинъ терминъ melancholia silvestris для обозначенія такого рода мрачнаго помѣшательства, при которомъ человѣкъ, мучимый тоскою, скрывается въ лѣсахъ. Галлюцинирующіе больные тоже большею частью склонны къ уединенію. Нелюдимостью отличаются также больные, страдающіе бредомъ преслѣдованія, и больные, находящіеся въ апатичномъ, а тѣмъ болѣе въ ступорозномъ состояніи При большинствѣ исходныхъ формъ психозовъ, т. е. при различныхъ видахъ вторичнаго слабоумія, влеченіе къ общенію тоже значительно уменьшено. Больные такого рода наклонны лежать или сидѣть по одиночкѣ; нѣкоторые даже старательно уходятъ въ темные углы или по цѣлымъ часамъ готовы стоять, обернувшись лицомъ къ стѣнѣ. Поэтому въ больницахъ для душевно-больныхъ, въ которыхъ всегда бываетъ довольно большое количество случаевъ вторичнаго слабоумія или вообще затянувшихся хрониче-

скихъ формъ, нужно довольно много труда со стороны надзирателей и врачей, чтобы объединить больныхъ для совмѣстнаго времяпрепровожденія. Правильная организація развлеченій, занятій и работъ больныхъ служитъ при этомъ лучшимъ вспомогательнымъ средствомъ. Безъ энергичнаго объединяющаго вліянія врачей и хорошихъ надзирателей — жизнь больныхъ въ больницахъ для душевно-больныхъ представляется чрезвычайно разрозненной и давяще мертвенной. Наклонности къ солидарности у душевно больныхъ весьма мало; этимъ между прочимъ объясняется и то, что бунты въ домахъ умалишенныхъ составляютъ очень рѣдкое явленіе даже тамъ, гдѣ условія существованія довольно плохи; иной разъ бываетъ, что нѣсколько человѣкъ сговорятся вмѣстѣ сдѣлать какой-нибудь протестъ или возмутиться противъ надзирателей или врачей, — но остальная масса остается безучастна и инертна.

Если вообще между душевно-больными замѣчается уменьшеніе влеченія къ общенію, и его нужно создавать и поддерживать вліяніемъ здоровыхъ, то есть случаи, гдѣ существуетъ положительное отвращеніе, боязнь какого бы то ни было общества. Это бываетъ и у нѣкоторыхъ больныхъ съ яснымъ сознаніемъ (нѣкоторыхъ меланхоликовъ, неврастениковъ и страдающихъ бредомъ преслѣдованія), но особенно у больныхъ съ затемненнымъ сознаніемъ и съ смутнымъ ожиданіемъ опасности. Такіе больные не допускаютъ къ себѣ въ комнату, не позволяютъ до себя дотрогиваться. У такихъ больныхъ часто является непреодолимая потребность къ противодѣйствію. Такіе больные чрезвычайно упорно сопротивляются всякому передвиженію и измѣненію положенія ихъ тѣла; при попыткѣ заговорить съ ними они закрываютъ глаза, отворачиваются, не произнося ни слова, закрываются одеждой или одѣяломъ.

3. **Разстройства въ дѣйствіяхъ.** Вышеизложеннымъ я закончу изложеніе разстройствъ, наблюдаемыхъ въ сферѣ отдѣльныхъ влеченій, и перейду къ разсмотрѣнію разстройствъ, наблюдаемыхъ при патологическихъ условіяхъ въ *проявленіяхъ* какъ влеченій, такъ и хотѣній.

Влеченія и хотѣнія, какъ извѣстно, проявляются въ дѣятельности, т.-е. въ дѣйствіяхъ (въ актахъ). Дѣятельность человѣка можетъ быть, какъ тоже извѣстно, внутренняя и внѣшняя. Внутренняя дѣятельность есть дѣятельность вниманія, дѣятельность, имѣющая своею цѣлью сочетаніе идей въ извѣстномъ направленіи, построеніе умозаключеній, образованіе выводовъ. Внѣшняя заключается въ разнообразныхъ двигательныхъ актахъ. Собственно направленіе дѣятельности опредѣляется стремленіями и мотивами, значеніе которыхъ мы разсмо-

трѣли; но самый *актъ дѣятельности* зависитъ отъ того, насколько правильно функціонируетъ тотъ механизмъ, который служитъ для выраженія этихъ стремленій. Въ зависимости отъ того, насколько человѣкъ способенъ къ правильной дѣятельности вниманія, или къ правильному отправленію движеній, является и различный характеръ всей дѣятельности. Поэтому болѣзненныя условія, вліяющія на дѣятельность вниманія и правильность двигательныхъ актовъ, вліяютъ и на проявленіе психической жизни человѣка.

Разстройства акта вниманія. Съ этой стороны у душевно-больныхъ наблюдаются различныя явленія. Очень часто однимъ изъ первыхъ явленій, которыя наблюдаются у душевно-больныхъ при самыхъ разнообразныхъ формахъ, является слабость вниманія (Aprosexia). Больной дѣлается неспособнымъ сосредоточиваться. Вниманіе *вмѣсто активнаго дѣлается пассивнымъ*. Это выражается сначала съ одной стороны разсѣянностью, неспособностью сосредоточиваться на впечатлѣніяхъ, а съ другой — затрудненіемъ цѣлесообразнаго сочетанія мыслей. При еще бо̀льшей слабости вниманія больной совершенно не въ состояніи активно направлять его; его вниманіе исключительно пассивное, подчиняется всему, что̀—или изъ впечатлѣній внѣшняго міра, или изъ воспоминаній, возстановляющихся изъ запаса, хранящагося въ его психикѣ,— случайно привлечетъ его. При быстромъ ходѣ идей — какъ это бываетъ при маніакальномъ состояніи — вниманіе блуждаетъ съ одной идеи на другую, не останавливаясь сколько нибудь продолжительно ни на чемъ. Часто такое ослабленіе активнаго вниманія бываетъ и безъ ускоренія въ теченіи мыслей, при значительномъ истощеніи мозговой дѣятельности, происходящей при различныхъ условіяхъ. Въ другихъ случаяхъ слабость вниманія обнаруживается въ томъ, что и *пассивное* вниманіе падаетъ; въ такихъ случаяхъ внѣшнія впечатлѣнія не возбуждаютъ сознанія совсѣмъ или возбуждаютъ его очень слабо. Это бываетъ при состояніяхъ глубокаго подавленія душевной дѣятельности, напримѣръ, при ступорѣ, глубокомъ слабоуміи и отравленіяхъ ядами, дѣйствующими на головной мозгъ (хлороформъ, морфій, алкоголь и пр.).

Очень нерѣдко приходится встрѣчаться съ явленіями раздражительной слабости вниманія. При этомъ вниманіе легко подчиняется разнообразнымъ стимуламъ и иногда чрезмѣрно приковывается къ нѣкоторымъ представленіямъ, которыя поэтому и преслѣдуютъ *неотвязчиво* сознаніе. Это особенно часто бываетъ у неврастениковъ при навязчивыхъ идеяхъ. Кромѣ того у неврастениковъ очень часто замѣчается крайне рѣзкая утомляемость вниманія: достаточно очень непро-

должительной умственной работы, какъ уже активное вниманіе рѣзко слабѣетъ; больной становится не въ состояніи слушать или читать. У нѣкоторыхъ это бываетъ до такой степени, что является какъ бы сонное состояніе, а нѣкоторые прямо засыпаютъ.

Такое состояніе является иногда выраженіемъ общаго ожирѣнія или слабости сердечной дѣятельности; иногда оно есть слѣдствіе введенія въ организмъ какихъ-нибудь ядовъ или недостаточнаго выдѣленія ядовъ, развивающихся въ тѣлѣ.

Въ очень рѣзкой степени такая утомляемость вниманія замѣчается при болѣзни, извѣстной подъ названіемъ narcolepsia, при которой субъектъ впадаетъ въ сонъ при самыхъ неудобныхъ условіяхъ: засыпаетъ на ходу, въ обществѣ, во время разговора. Нѣкоторые изъ такихъ больныхъ, зная наклонность свою ко сну, стараются остановить сонъ тѣмъ, что постоянно колятъ себя булавкой, но большею частью и это не помогаетъ, и они все-таки, несмотря на всѣ усилія воли, засыпаютъ.

Въ довольно рѣзкой степени замѣтна слабость активнаго вниманія при такихъ неврозахъ, какъ *хорея*, maladie des tics. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ хореи больной почти также не въ состояніи управлять своимъ вниманіемъ, какъ и своими движеніями. Пассивное вниманіе обыкновенно при этомъ можетъ сохраняться, но иногда и оно разстраивается, вслѣдствіе чего больные представляются отупѣлыми, какъ бы невоспріимчивыми къ окружающему.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вниманіе можетъ быть односторонне усилено (Hyperprosexia). Это бываетъ нерѣдко при мрачномъ помѣшательствѣ, когда изъ сознанія не выходятъ тѣ или другія мрачныя воспоминанія; это же бываетъ при ипохондріи, когда вниманіе больного напряженно ищетъ какихъ-нибудь признаковъ заболѣванія то въ желудкѣ, то въ сердцѣ. Это же бываетъ при напряженныхъ, доминирующихъ надъ сознаніемъ идеяхъ вообще и особенно часто при экстазахъ, когда вниманіе подъ вліяніемъ аффекта восторга направляется на предметъ, вызывающій восторженное чувство. Вообще на усиленіе вниманія вліяетъ усиленіе напряженія и возбудимости душевнаго чувства по отношенію къ какимъ нибудь впечатлѣніямъ или представленіямъ. Вниманіе есть проявленіе волевое, а волевыя проявленія, какъ извѣстно, находятся въ большой зависимости отъ интенсивности душевныхъ чувствъ. Поэтому, чѣмъ напряженнѣе или живѣе эмоція, вызываемая какимъ-нибудь рядомъ впечатлѣній или воспоминаній, тѣмъ—въ большинствѣ случаевъ—и напряженнѣе вниманіе въ соотвѣтствующую сторону. Въ виду этого, для того, чтобы сдѣлать вниманіе интенсивнѣе,

нужно, чтобы предметъ, на который обращается оно, былъ ассоциированъ въ нашей психикѣ съ какой-нибудь живой эмоціей, вліяніе которой мы и ощущаемъ въ себѣ въ видѣ того, что называется интересомъ, увлеченіемъ, страстью. Это свойственно нормальной жизни; это же относится и къ измѣненію вниманія при патологическихъ условіяхъ.

Ко всему сказанному относительно болѣзненныхъ разстройствъ вниманія нужно однако прибавить, что до сихъ поръ еще патологія вниманія, несмотря на всю важность ея не только для психіатріи, но и для педагогики, очень мало разработана, и зависимость вниманія отъ состоянія разныхъ органовъ тѣла весьма мало оцѣнена. Между тѣмъ несомнѣнно, что сила вниманія и его устойчивость находятся въ большой зависимости не только отъ общаго состоянія питанія организма (вслѣдствіе чего у слабыхъ, истощенныхъ дѣтей и вниманіе обыкновенно слабо), но и отъ измѣненія въ строеніи и функціи нѣкоторыхъ отдѣльныхъ органовъ. Такъ наприм., на вниманіе имѣетъ вліяніе состояніе глазныхъ мышцъ, что находится въ связи съ тѣмъ, что актъ вниманія тѣсно ассоціированъ съ функціею мышцъ, фиксирующихъ глазъ и вліяющихъ на аккомодацію. Въ послѣднее время отмѣчена зависимость вниманія отъ состоянія носовой полости (гипертрофія раковинъ, аденоидныя разростанія носовыхъ раковинъ). При нѣкоторыхъ страданіяхъ раковинъ замѣчалось рѣзкое ослабленіе вниманія, дѣлавшее очень труднымъ обученіе дѣтей (Aprosexia nasalis). Подъ вліяніемъ мѣстнаго леченія полости носа проходила и слабость вниманія.

Въ высшей степени интереснымъ представляется вопросъ о томъ, насколько отъ какихъ-нибудь процессовъ въ организмѣ (аутоинтоксикаціи или неправильной дѣятельности тѣхъ или другихъ железъ), вліяющихъ на ослабленіе дѣятельности вниманія, развивается та крайне интересная и весьма важная въ практическомъ отношеніи форма, которая выражается въ преждевременной остановкѣ развитія умственныхъ способностей у отроковъ и юношей (преждевременное юношеское слабоуміе).

Разстройства во внѣшнихъ двигательныхъ проявленіяхъ. *Внѣшняя* дѣятельность воли, выражающаяся *въ двигательныхъ актахъ*, тоже рѣзко разстраивается при душевныхъ болѣзняхъ. По всей вѣроятности, разстройства этого рода находятся въ зависимости отъ какихъ-либо измѣненій въ функціи психомоторной сферы и потому носятъ иногда названіе психомоторныхъ симптомовъ при душевныхъ болѣзняхъ. По отношенію къ разстройствамъ двигательныхъ актовъ замѣчается, во-первыхъ, измѣненіе въ степени потребности къ двигательнымъ актамъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эта потребность уменьшается до

того, что человѣкъ дѣлается совершенно неподвижнымъ; въ другихъ, наоборотъ, потребность къ актамъ и зависящая отъ этого подвижность рѣзко увеличивается, какъ это бываетъ при маніи и вообще при неистовствѣ.

При усиленной подвижности самые двигательные акты бываютъ неодинаковы,—въ зависимости отъ степени усиленія потребности къ движеніямъ. Въ болѣе слабыхъ степеняхъ усиленная подвижность выражается въ необычайной предпріимчивости, наклонности къ разъѣздамъ, къ длиннымъ разговорамъ, многописанію. Хотя часто акты, совершаемые при этомъ, недостаточно разсудительны, но тѣмъ не менѣе по формѣ они почти правильны. Но чѣмъ болѣе усиливается подвижность, тѣмъ все болѣе и болѣе безпорядочны становятся поступки, тѣмъ все менѣе и менѣе въ нихъ замѣтенъ характеръ *произвольныхъ дѣйствій*, и тѣмъ все болѣе они приближаются къ движеніямъ непроизвольнымъ. Съ увеличеніемъ подвижности обыкновенно психическая мотивировка дѣйствій все болѣе и болѣе падаетъ. Такъ, сначала появляется только уменьшенная мотивировка дѣйствій,—въ поступкахъ замѣчается рѣзкая безпорядочность, суетливость, нецѣлесообразность. При бо̀льшей силѣ разстройства—становится все менѣе и менѣе замѣтно сознательныхъ психическихъ мотивовъ двигательнаго акта, и проявленія душевнаго возбужденія все болѣе и болѣе приближаются къ рефлексамъ. Больной въ такихъ случаяхъ производитъ рядъ актовъ безцѣльныхъ, безпорядочныхъ: безсмысленно кричитъ, скачетъ, стучитъ по стѣнѣ, разрушаетъ платье, мебель, пачкаетъ, мажется. Если еще дальше идетъ увеличеніе двигательнаго возбужденія и соотвѣтственно этому увеличивается паденіе элемента произвольности въ двигательномъ проявленіи, то является рядъ движеній, не слагающихся уже въ сложные акты: наприм., безсмысленное перебиранье пальцами, безсмысленное поворачиваніе головы, треніе головы о подушку, цѣпляніе за попадающіеся предметы. Наконецъ, могутъ быть совершенно некоординированныя движенія, характеризующія самыя сильныя формы психомоторнаго возбужденія. Эти двигательныя проявленія стоятъ уже бокъ-о-бокъ съ чисто физическими явленіями возбужденія въ психомоторной сферѣ мозговой коры—съ судорогами.

Такова постепенная градація въ разстройствѣ двигательнаго проявленія при усиленной степени двигательнаго возбужденія. Психіатру она должна быть знакома, потому что по ней мы очень часто судимъ о степени возбужденія мозга вообще.

При *ослабленіи* стремленія къ двигательному проявленію мы замѣчаемъ уменьшеніе подвижности въ бо̀льшей или меньшей степени

Такъ у нѣкоторыхъ больныхъ дѣло ограничивается только вялостью, отсутствіемъ предпріимчивости, наклонностью къ уединенію, неразговорчивостью,—словомъ, тѣмъ, что называютъ отсутствіемъ энергіи, при сохраненіи возможности заставить себя сдѣлать то, что окажется необходимымъ. У другихъ дѣло доходитъ до такой степени ослабленія активности, что они не могутъ и заставить себя сдѣлать что-либо кромѣ самыхъ обычныхъ вещей. Они постоянно уединяются, почти не разговариваютъ, не могутъ работать. Наконецъ, въ самыхъ сильныхъ степеняхъ уменьшенія подвижности больные доходятъ до полнаго оцѣпенѣнія, какъ это бываетъ при ступорѣ и при томъ состояніи, которое называется status attonitus. Больные въ этихъ состояніяхъ часто по цѣлымъ часамъ и днямъ лежатъ или сидятъ въ одной позѣ, не выражая потребности къ какой-либо перемѣнѣ своего положенія.

Кромѣ этихъ явленій общаго увеличенія и уменьшенія подвижности мы должны еще отмѣтить нѣкоторыя особенныя проявленія въ двигательныхъ актахъ, наблюдаемыя нерѣдко у психическихъ больныхъ. Такъ очень часто у душевно-больныхъ измѣняется характеръ ихъ манеръ, характеръ обычной позы. Очень рѣзко измѣняется манера держать себя въ отношеніи, наприм., къ своей одеждѣ, въ отношеніи къ аккуратности во время ѣды, въ обращеніи съ другими людьми. Кромѣ того нерѣдко у душевно-больныхъ приходится наблюдать совершенно своеобразныя формы двигательныхъ проявленій. Такъ у нѣкоторыхъ бываютъ однообразныя, какъ бы судорожныя подергиванія (tics convulsifs), у другихъ является наклонность принимать какія-нибудь особенныя позы; причемъ иногда эти позы похожи на театральныя и часто смѣняются, иногда же одна и та же поза остается въ теченіе многихъ дней, даже мѣсяцевъ. У нѣкоторыхъ больныхъ бываютъ разстройства въ двигательныхъ проявленіяхъ, очень характерныя, выражающіяся въ своеобразныхъ явленіяхъ напряженія и называемыя иногда *кататоническими явленіями*, такъ какъ чаще, хотя далеко не исключительно эти явленія наблюдаются при „кататоніи“, о которой будетъ сказано ниже.

Къ кататоническимъ явленіямъ причисляются: каталепсія, чрезмѣрное напряженіе мышцъ (тетанія) и чрезмѣрное разслабленіе ихъ, наклонность къ отрицанію (negativismus) и стереотипность движеній.

Каталепсія или **восковая гибкость (flexibilitas cerea)** выражается въ томъ, что руки, ноги, голова и туловище больного остаются въ томъ положеніи, которое мы имъ придадимъ: согнемъ руку, рука такъ и застынетъ въ приданномъ положеніи, поднимемъ ногу — она такъ и оста-

нется. Можно придать больному самое неудобное положеніе — и онъ въ немъ останется. Иной разъ это явленіе очень сильно выражено, такъ что, дѣйствительно, части тѣла сгибаются и удерживаютъ долго свое положеніе, какъ будто онѣ изъ воску; въ другихъ же случаяхъ мы замѣчаемъ, что больной удерживаетъ положеніе не надолго, и при попыткѣ придать его рукѣ ту или другую форму — какъ будто самъ предупреждаетъ то движеніе, которое вы хотите произвесть, сохраняетъ приданное положеніе, пока вы смотрите, а потомъ скоро опускаетъ. Въ этихъ случаяхъ особенно замѣтно, что такъ наз. восковая гибкость обусловливается внушеніемъ, связаннымъ съ своеобразнымъ ощущеніемъ въ мышцахъ и, вѣроятно, съ иллюзіей въ области иннерваціонныхъ ощущеній. Больные и по выздоровленіи обыкновенно путаются въ объясненіи того, почему они удерживали свои члены въ приданномъ положеніи. Нѣкоторые говорятъ, что они думали, что „такъ надо было держать“, а что они могли бы и измѣнить положеніе, другіе, что „ими владѣла какая-то сила, что движенія конечностей были не въ ихъ власти“. Восковая гибкость соединена почти всегда съ своеобразнымъ измѣненіемъ выраженія лица, неподвижностью взгляда и остановкой вниманія, такъ что иной разъ, подойдя къ больному, сразу можно видѣть, что при подняти руки можно обнаружить каталептоидное состояніе. Состояніе это бываетъ то скоропреходящее, то длительное, продолжающееся недѣли и мѣсяцы.

Тетанія у душевно-больныхъ проявляется въ судорожномъ сокращеніи почти всѣхъ сгибательныхъ мышцъ. Въ наиболѣе сильной степени этого состоянія больные съеживаются какъ бы въ комокъ, голова сильно наклонена книзу, колѣни прижаты къ груди, туловище сгорблено, плечи направлены впередъ, предплечья поджаты, пальцы сжаты въ кулакъ; мускулы лица напряжены, брови сдвинуты, глаза закрыты, зубы стиснуты; больной при этомъ обыкновенно совершенно молчитъ, противодѣйствуетъ всему; малѣйшая попытка вывести его изъ этого положенія усиливаетъ еще болѣе напряженіе мускуловъ. Это состояніе чаще всего приходится наблюдать при кататоническомъ помѣшательствѣ съ мрачными бредовыми идеями, при меланхолическомъ умопомѣшательствѣ, а также при глубокомъ слабоуміи и при прогрессивномъ параличѣ.

Подобно чрезмѣрному напряженію мышцъ у нѣкоторыхъ больныхъ замѣчается чрезмѣрное разслабленіе ихъ. Больные въ этихъ состояніяхъ лежатъ неподвижно, руки и ноги ихъ откинуты по тяжести, никакому движенію не встрѣчается противодѣйствія, но конечности не остаются въ приданномъ имъ положеніи, а, будучи опущены, тотчасъ падаютъ. Если больного посадить, то онъ скатывается со стула, голова

отвисаетъ. Больной какъ будто находится въ обморокѣ, но на самомъ дѣлѣ обморока нѣтъ, а большею частью существуетъ лишь сновидное состояніе сознанія и внушающее вліяніе какой-нибудь идеи.

Подъ именемъ **болѣзненнаго противодѣйствія (negativismus)** извѣстно состояніе, при которомъ больные отказываются отъ всего, что имъ предлагаютъ. Въ наиболѣе высшей степени это замѣтно въ сочетаніи съ тетаніей, но можетъ быть и безъ нея; больные въ такихъ случаяхъ отказываются ѣсть, когда имъ предлагаютъ, повторяя: „не хочу ѣсть, не хочу ѣсть", а когда уносятъ тарелку, говорятъ: „зачѣмъ унесли, хочу ѣсть, хочу ѣсть". Если поставить опять тарелку—опять слѣдуетъ отказъ. И такъ относительно всего: одѣванья, раздѣванья, прогулки, медицинскаго изслѣдованія и т. п. Оставаясь въ комнатѣ, больные твердятъ: „не хочу здѣсь оставаться, хочу гулять", а чуть только поведутъ на прогулку—упираются изо всей силы и, выведенные въ садъ, постоянно стремятся къ двери; но стоитъ только отворить дверь и повести въ домъ, какъ больные, упираясь, говорятъ, что хотятъ остаться въ саду.

Стереотипность дѣйствій является нерѣдкимъ спутникомъ разнообразныхъ душевныхъ болѣзней, напр., слабоумія, кататоническаго умопомѣшательства, юношескаго помѣшательства (гебефреніи). Многіе больные по цѣлымъ часамъ, днямъ, а иногда и мѣсяцамъ продѣлываютъ крайне однообразныя движенія головой, руками, туловищемъ; у нѣкоторыхъ эти стереотипно повторяющіяся движенія состоятъ въ какой-нибудь постоянной, какъ бы судорожной гримасѣ, у другихъ въ постоянномъ сосаніи, вытягиваніи губъ въ видѣ хобота, втягиваніи воздуха носомъ, у третьихъ въ болѣе бурныхъ проявленіяхъ—однообразномъ катаніи, совершенно одинаковомъ порывистомъ прыганіи, кваканіи, или въ стремленіи хватать себя за половые органы, крутить или вытягивать ихъ, въ стремленіи кусать губы и языкъ. Такого рода явленія наблюдаются особенно часто при *кататоническомъ помѣшательствѣ* и представляютъ крайнее затрудненіе для ухода за больными, потому что влеченіе къ производству опасныхъ движеній бываетъ часто непреодолимо и нужно безпрерывно удерживать больного; стоитъ его на минуту отпустить, какъ онъ стремительно бросается производить свое излюбленное движеніе, напр., кидается съ кровати, или кувыркается черезъ ея спинку.

Хотя, какъ было сказано выше, стереотипныя движенія наблюдаются особенно часто при кататоническомъ умопомѣшательствѣ, но было бы неправильно считать ихъ исключительною принадлежностью этой болѣзненной формы. Они бываютъ и при вторичномъ слабоуміи, и при

прогрессивномъ параличѣ, словомъ при разныхъ болѣзняхъ. Вообще нужно замѣтить, что почти всѣ душевно-больные, перешедшие изъ перваго остраго періода болѣзни, наклонны къ тому, чтобы въ своихъ движеніяхъ быть очень однообразными. Это мы замѣчаемъ и при маніи; когда болѣзнь находится въ 5-мъ, 6-мъ мѣсяцѣ своего теченія, и движенія и слова больныхъ монотонны, однообразны, а иногда и стереотипны; но насильственныя стереотипныя дѣйствія, совершенно безсмысленныя, вызываемыя какой нибудь странной идеей, дѣйствительно, составляютъ почти исключительное проявленіе кататоническаго помѣшательства.

Къ области разстройствъ въ двигательномъ проявленіи душевнаго состоянія должно быть отнесено и **разстройство въ выразительныхъ движеніяхъ**, т.-е. въ позѣ, мимикѣ, и рѣчи. **Поза** больныхъ часто соотвѣтствуетъ формѣ болѣзни. У большинства больныхъ съ депрессивнымъ состояніемъ преобладаетъ напряженіе сгибающихъ мышцъ, какъ проявленіе подавленнаго состоянія и страха, вызывающаго движенія самозащиты. Наоборотъ, у больныхъ экспансивныхъ преобладаетъ дѣятельность разгибателей, и движенія носятъ характеръ агрессивный. Крайнее однообразіе позы, остающейся неподвижною въ теченіе многихъ часовъ, характеризуетъ состояніе ступора, или кататоніи и сродныхъ формъ также глубокаго слабоумія или наконецъ подчиненія всего сознанія одной какой нибудь бредовой идеѣ. По своеобразной позѣ прислушивающагося или что-то созерцающаго человѣка мы узнаемъ галлюцинанта, по лицемѣрно просительному виду, быстро переходящему въ раздраженно-негодующій, узнаемъ сутяжно помѣшаннаго; по вялой, малоподвижной позѣ, характеризующей ничѣмъ не интересующагося, живущаго почти одной животной жизнью, узнаемъ вторично слабоумнаго или паралитика; по томной, вычурной, эффектной позѣ—истеричку; по дисгармоніи выразительныхъ движеній — тяжелаго дегенеранта.

Что касается до **мимики**, то она разстраивается въ большей или меньшей степени почти всегда, и нѣкоторыя формы душевныхъ болѣзней имѣютъ даже свои опредѣленныя характерныя черты. Такъ, при психическихъ болѣзняхъ, при которыхъ существуетъ связанность, заторможеніе психическихъ процессовъ, какъ напр., при меланхоліи, мы замѣчаемъ неподвижность, напряженность и, такъ сказать, несвободу въ мускулатурѣ лица. Наоборотъ при маніи, при которой психическіе процессы облегчены, иногда разнузданы, мы встрѣчаемъ и въ мимикѣ массу быстро смѣняющихся выраженій. При ослабленіи умственной жизни мы встрѣчаемъ разслабленіе и въ мимическихъ движе-

ніяхъ, вслѣдствіе чего лицо дѣлается невыразительно, нѣтъ никакой игры физіономіи.

Особенно рѣзка „маскообразность“ лица при прогрессивномъ параличѣ, когда слабоуміе достигло уже большой степени развитія. При нѣкоторыхъ формахъ, характеризующихся неправильною координаціей психическихъ актовъ, мы встрѣчаемъ аналогичныя черты и въ физіономіи. Такъ, у дегенерантовъ очень нерѣдко мимика крайне своеобразна и неправильна, соотвѣтственно дисгармоніи ихъ психической жизни; наприм., въ верхней части лицо очень подвижно, въ нижней же представляетъ неподвижную маску; у нѣкоторыхъ дегенерантовъ замѣтны необычайныя для здоровыхъ людей движенія мягкими покровами волосистой части головы и ушами.

Обычно мимика соотвѣтствуетъ эмоціи испытываемой человѣкомъ. У нѣкоторыхъ больныхъ приходится наблюдать извращеніе соотношенія мимики и эмоціи: при печали мимика удовольствія и обратно. Это явленіе называется парамимія; бываетъ оно въ формахъ дегенеративныхъ и у истеричныхъ; еще чаще приходится его наблюдать при психозахъ, связанныхъ съ органическими измѣненіями мозга. Нерѣдко при такого рода формахъ можно отмѣтить совершенно несоотвѣтствующую настроенію мимику смѣха или плача.

Благодаря особенностямъ мимики и позы при различныхъ состояніяхъ у душевно-больныхъ, опытные психіатры иногда чрезвычайно быстро оріентируются какъ въ опредѣленіи формы болѣзни, такъ особенно въ опредѣленіи перемѣнъ, совершающихся въ теченіи болѣзни. Нужно однако прибавить, что до сихъ поръ еще нѣтъ достаточно хорошаго анализа мимики душевно-больныхъ, и пока еще опредѣленіе состоянія больного по мимикѣ есть дѣло личнаго опыта, а не результатъ научнаго анализа.

При описаніи отдѣльныхъ формъ душевныхъ болѣзней мы остановимся на соотвѣтствующихъ измѣненіяхъ въ мимикѣ.

Измѣненія рѣчи [1]) при душевныхъ болѣзняхъ бываютъ очень часто. Они выражаются, какъ въ самомъ актѣ произношенія (анартрія) и въ несоотвѣтствіи произносимыхъ звуковъ съ понятіями и идеями (афазія и парафазія), такъ и въ самомъ характерѣ рѣчевого выраженія. Перваго рода измѣненія являются физическими разстройствами, сопутствующими психическимъ симптомамъ душевныхъ болѣзней, второго же рода—суть само по себѣ выраженіе ненормальнаго душевнаго состоянія. Соотвѣтственно этому измѣненія перваго рода будутъ раз-

[1]) Справочн. кн. Seglas. Des troubles du langage

смотрѣны нами въ слѣдующей главѣ, а теперь мы остановимся надъ тѣми, которыя составляютъ сами по себѣ выраженіе душевныхъ разстройствъ. Этого рода измѣненія въ рѣчи опредѣляются въ громадномъ большинствѣ случаевъ содержаніемъ душевной жизни больного, его настроеніемъ, состояніемъ вниманія и бо̀льшею или меньшею степенью двигательнаго возбужденія. При извѣстной степени двигательнаго возбужденія рѣчь измѣняется въ своемъ темпѣ, дѣлается быстра, словообильна (logorrhea), плавна, больной сыплетъ риомами, созвучіями, поговорками и говоритъ стихами. При большей степени возбужденія мы видимъ, что въ разговорѣ мысль не доканчивается, фраза обрывается на половинѣ, постоянно мѣняется тема рѣчи, разсказъ прерывается пѣніемъ, побочными вопросами, обращеніями. При еще бо̀льшей степени возбужденія рѣчь теряетъ смыслъ, представляется простымъ наборомъ фразъ, въ которыя вставляются безъ всякой надобности поговорки и безсмысленныя, безпрерывно повторяющіяся присловія; дальше —разстраивается правильность образованія фразы, являются синтаксическія и этимологическія ошибки; затѣмъ вмѣсто словъ являются обрывки словъ, наконецъ, нечленораздѣльные звуки.

По темпъ рѣчи можетъ измѣниться и въ другую сторону; рѣчь можетъ становиться все медленнѣе и медленнѣе. Это бываетъ при меланхоліи и при другихъ болѣзняхъ съ подавленіемъ душевной дѣятельности. Смотря по степени подавленія рѣчь дѣлается то болѣе, то менѣе медленною; сначала больной только молчаливъ; затѣмъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ больной говоритъ только вяло, въ другихъ еле-еле скажетъ слово. А бываетъ много случаевъ, когда молчаливость доходитъ до полнаго молчанія—mutacismus или mutismus.

Различнаго рода неправильности въ рѣчи, какъ логическія, такъ и грамматическія находятся въ большой зависимости отъ состоянія вниманія и правильности сочетаній. При состояніяхъ безсвязности и рѣчь безсвязна, при слабоумии рѣчь поражаетъ однообразіемъ, бѣдностью лексикона и оборотовъ, повтореніемъ однообразныхъ шаблонныхъ выраженій и присловій; при состояніяхъ, связанныхъ съ большою утомляемостью мозгового аппарата, мы можемъ замѣтить, какъ больной, начавши говорить связно, малу-по-малу утомляясь, начинаетъ путаться, говорить малосвязно, непослѣдовательно и, наконецъ, совсѣмъ безсмысленно.

Помимо этого нужно отмѣтить со стороны рѣчи еще четыре проявленія.

Первое изъ нихъ стереотипія. Это явленіе соотвѣтствуетъ стереотипности движеній у душевно-больныхъ и бываетъ при тѣхъ же

условіяхъ. Оно выражается въ томъ, что больные однообразно повторяютъ одни и тѣ-же крики, возгласы, или отдѣльныя слова. Второе— это то, что называется вербигераціей. Это явленіе выражается въ насильственной безпрерывной, безсвязной, иногда совершенно безсмысленной, большею частью монотонной болтовнѣ. Вербигерація бываетъ также наиболѣе часто при той формѣ, которую Кальбаумъ описалъ подъ именемъ кататоніи. Третье явленіе есть употребленіе въ разговорѣ словъ какого-нибудь жаргона, наприм., извощичьяго, гостинно-дворскаго или неестественнаго сюсюканья, шепелявенья. Это особенно часто бываетъ при юношескомъ помѣшательствѣ *(гебефреніи)* и считается нѣкоторыми авторами однимъ изъ характерныхъ явленій для этой формы. Четвертое явленіе есть образованіе несуществующихъ словъ, разговоръ на несуществующемъ языкѣ (неологизмы). Нѣкоторые больные иначе не говорятъ, какъ на какомъ-то особенномъ, ими самими придуманномъ языкѣ (подъ вліяніемъ галлюцинацій, подсказывающихъ имъ нѣкоторыя слова, или подъ вліяніемъ бредовыхъ идей или своеобразной распущенности).

Кромѣ рѣчи у душевно-больныхъ часто измѣняется и письмо. **Измѣненія въ письмѣ** у душевно-больныхъ бываютъ разнообразны. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы видимъ измѣненія главнымъ образомъ въ почеркѣ: почеркъ дѣлается дрожащимъ, неровнымъ; прямыя линіи—зигзагообразными, угловатыми; буквы выскакиваютъ изъ строкъ. Особенно часто приходится это наблюдать при прогрессивномъ параличѣ, при старческомъ слабоуміи, алкоголизмѣ и другихъ формахъ, при которыхъ рядомъ съ психическими симптомами существуютъ и физическіе. Въ другихъ случаяхъ не столько мѣняется почеркъ, сколько самая форма письма. Такъ наприм., у *паралитиковъ* замѣчаются пропуски буквъ и цѣлыхъ слоговъ, перестановка слоговъ; безпорядочность въ писаніи и крайняя неряшливость; они не разбираютъ, что пишутъ на конвертѣ одну фамилію или одно имя безъ адреса; они пишутъ прошенія въ высшія учрежденія карандашомъ на оберточной бумагѣ, телеграмму на отдѣльныхъ маленькихъ клочкахъ, притомъ такъ, что и сами не разбираютъ, что написали. У маніакальныхъ больныхъ, находящихся въ сильномъ возбужденіи, мы видимъ иногда чрезвычайно большую наклонность писать, причемъ они пишутъ очень размашисто, не доканчиваютъ слоговъ, исписываютъ много бумаги. Наоборотъ, меланхолики пишутъ обыкновенно мало, медленно, почеркъ ихъ мелкій, сжатый. При начальныхъ формахъ бредовой формы безсмыслія часто замѣчаются въ писаніяхъ отдѣльные междометія, воззванія; писанія безпорядочны, несвязны, въ нихъ попадаются символическіе знаки, отдѣльныя

слова безъ фразъ, восклицательные знаки. Письма первично помѣшанныхъ (параноийковъ) довольно правильны по внѣшности, но въ нихъ мы встрѣчаемъ очень много подчеркиваній, нѣкоторыя слова подчеркнуты 3—4 раза. У нихъ также попадаются символическія изображенія, и замѣчается наклонность къ употребленію и повторному писанію любимыхъ согласныхъ. Писанія слабоумныхъ обыкновенно крайне неразборчивы и монотонны не только по содержанію, но и по сходству буквъ, такъ что иногда нѣтъ возможности отличать одну букву отъ другой. Очень нерѣдко можно встрѣтить массу листовъ исписанныхъ такими больными вдоль и поперекъ. Больные хранятъ ихъ у себя и даютъ всякому новому посѣтителю больницы. Характерны также по своей монотонности, мелочности въ изложеніи и длиннотѣ—нѣкоторыя прошенія сутяжныхъ больныхъ. Эти больные особенно охотно даютъ свои прошенія посѣтителямъ больницы, особенно если считаютъ ихъ за лицъ значительныхъ.

Измѣненія въ письмѣ душевно-больныхъ имѣютъ довольно большое значеніе, особенно въ судебныхъ случаяхъ: иногда, напр., при вопросахъ о духовныхъ завѣщаніяхъ, бумаги, написанныя больными, составляютъ очень важный матеріалъ, на которомъ экспертъ основываетъ свое заключеніе о состояніи умственныхъ способностей завѣщателя. Необходимо помнить, что неправильности писанія не всегда обусловливаются душевною болѣзнью. Много лицъ и не представляющихъ рѣзкихъ признаковъ душевной болѣзни пишутъ съ большими особенностями какъ почерка, такъ и характера письма. Для того, чтобы признать за письмомъ патологическое значеніе, нужно почти всегда не только взвѣсить всѣ другія обстоятельства дѣла, но и сравнить представленное для сужденія письмо съ прежними, написанными въ состояніи несомнѣннаго здоровья

Разстройства соматической сферы у душевно-больныхъ.

Симптомы, которыми проявляются различныя формы душевныхъ болѣзней, не ограничиваются одной психическою сферой. Часто они сопровождаются и многими соматическими симптомами. Часто явленія разстройства душевной дѣятельности составляютъ только часть общаго заболѣванія, выражающагося въ цѣломъ рядѣ симптомовъ со стороны различныхъ органовъ. Въ виду этого необходимо, во-первыхъ,—знать, что у психическихъ больныхъ существуютъ и физическіе симптомы, а во-вторыхъ,—при изслѣдованіи психическихъ больныхъ, не упускать изъ виду состояніе всего организма.

Я особенно настаиваю, чтобы это правило не забывалось врачами, посвятившими себя изученію душевныхъ болѣзней. Безъ соблюденія его нѣтъ возможности составить себѣ ясное представленіе о всѣхъ особенностяхъ болѣзни, хотя бы казалось, что она у даннаго больного проявляется исключительно въ симптомахъ психическихъ.

Симптомъ, составляющій переходъ отъ психическихъ къ соматическимъ, есть **разстройство сна.**

Сонъ при душевныхъ болѣзняхъ разстраивается очень часто. Очень часто первымъ признакомъ начинающейся душевной болѣзни является безсонница или тревожный сонъ, прерываемый кошмарами. Несмотря на утомленіе въ теченіе дня больной не можетъ заснуть; иногда даже наоборотъ—чѣмъ болѣе утомился больной, тѣмъ труднѣе онъ засыпаетъ; это значитъ, что нормальный ходъ процессовъ въ головномъ мозгу разстроился: вмѣсто того, чтобы утомленіе вызывало какъ реакцію—сонъ, оно вызываетъ безсонницу. Это наблюдается при переутомленіи мозга вообще и, какъ я сказалъ, часто съ этого начинаются душевныя болѣзни, самыя разнообразныя.

Во время душевной болѣзни сонъ почти всегда неправильный. Иногда больные почти совсѣмъ не спятъ, или спятъ 1, 2, 3 часа въ сутки, притомъ безпорядочно, не разбирая дня и ночи. Это особенно замѣтно въ острыхъ случаяхъ. Притомъ сонъ почти не освѣжаетъ, не приноситъ успокоенія. Когда состояніе болѣзни начинаетъ улучшаться, то обыкновенно и сонъ становится лучше—долже и крѣпче, и больные послѣ сна чувствуютъ себя лучше. Подъ конецъ заболѣванія нерѣдко бываетъ наклонность къ продолжительному сну: больные спятъ 10—12 часовъ въ сутки. Если, при видимомъ уменьшеніи психическихъ симптомовъ болѣзни, сонъ не возстановляется, то это всегда внушаетъ сомнѣніе въ прочности поправленія; въ такихъ случаяхъ чаще всего бываетъ скорый возвратъ.

У нѣкоторыхъ больныхъ замѣчается такая особенность: сами они увѣряютъ, что совсѣмъ не спятъ, а люди, внимательно наблюдающіе за ними, говорятъ, что они спятъ почти всю ночь. Это бываетъ обыкновенно у ипохондриковъ, которые желаютъ показать, что ихъ болѣзнь гораздо важнѣе, чѣмъ думають о ней врачи, а также у истеричныхъ, склонныхъ къ преувеличенію своихъ страданій. Иной разъ тоже самое наблюдается однако и у больныхъ совершенно правдивыхъ; въ такихъ случаяхъ это указываетъ на дурное самочувствіе, на своеобразное измѣненіе самочувствія, на отсутствіе сознанія происходящихъ отъ сна измѣненій въ своемъ состояніи.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ разстройство сна при душевныхъ болѣз-

няхъ выражается въ чрезмѣрной сонливости. Мы уже говорили о ***нарколепсіи***, при которой существуетъ наклонность впадать въ сонъ при самыхъ неблагопріятныхъ для этого обстоятельствахъ. Она бываетъ иногда выраженіемъ нейрастеніи и дегенераціи, иногда-же и общаго разстройства питанія, какъ напр., при разстройствахъ кровообращенія, тучности и старческой дряхлости. При тучности нерѣдко бываетъ, что достаточно небольшаго напряженія вниманія, чтобы наступила разсѣянность, обыкновенно предшествующая сну, а вслѣдъ за тѣмъ и почти непреодолимое влеченіе ко сну среди занятія или разговора. Про Діонисія, тирана Сиракузскаго, разсказываютъ, что онъ отъ тучности такъ наклоненъ былъ къ сонливости, что его приходилось будить уколомъ вилъ. При старческой дряхлости это еще болѣе замѣтно. Наиболѣе интересные случаи нарколепсіи бываютъ однако у людей, происходящихъ изъ невропатическихъ семей, часто у людей молодыхъ, не представляющихъ другихъ признаковъ болѣзни, кромѣ нервныхъ; изъ нервныхъ-же болѣзней нарколепсія встрѣчается чаще всего вмѣстѣ съ навязчивыми идеями, насильственными влеченіями, истеріей, неврастеніей и даже эпилепсіей. Болѣзнь выражается обыкновенно такъ: ночью больной спитъ большею частью не совсѣмъ хорошо, часто просыпаясь; днемъ-же уже съ утра чувствуетъ непреодолимое влеченіе ко сну. Нѣкоторые больные почти совсѣмъ не могутъ работать, потому что, принявшись за дѣло, засыпаютъ; они впадаютъ часто въ сонъ даже во время ѣды, во время прогулокъ—пѣшкомъ и верхомъ. Я зналъ одну дѣвушку изъ высшаго общества, которая не могла удержаться отъ сна среди разговора свѣтскихъ гостинныхъ, куда пріѣзжала съ визитами; чтобы избѣжать этого она колола себя булавкой, но и это не помогало. Сонъ, наступающій такимъ образомъ, обыкновенно довольно глубокій, продолжается онъ отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ, повторяется много разъ въ день.

Патологическій сонъ является также иногда въ формѣ продолжительной спячки у истеричныхъ. Нѣкоторыя больныя, представляющія этого рода явленіе, спятъ по нѣсколько недѣль подрядъ, просыпаясь лишь на короткое время для пріема пищи.

Чрезмѣрная сонливость наблюдается также въ нѣкоторыхъ формахъ слабоумія, именно такъ наз. апатичной формы его.

Нѣкоторое значеніе имѣютъ сновидѣнія у душевно-больныхъ. У душевно-больныхъ сновидѣнія несомнѣнно бываютъ и у нѣкоторыхъ они имѣютъ очень большое отношеніе къ содержанію ихъ душевной жизни. Такъ 1) нѣкоторые больные смѣшиваютъ свои сны съ дѣйствительностью и, увидавъ что-нибудь во снѣ, утверждаютъ, что это было

въ дѣйствительности. Чаще всего это бываетъ при старческомъ слабоуміи, иногда при прогрессивномъ параличѣ. 2) Для другихъ больныхъ сны имѣютъ символическое значеніе; они придаютъ имъ значеніе чего-то навѣяннаго извнѣ и въ нихъ находятъ подтвержденіе своего бреда. 3) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ тяжелыя сновидѣнія являются въ началѣ болѣзни и сами по себѣ вызываютъ тревогу, безпокойство и ухудшаютъ значеніе болѣзни. Въ большинствѣ случаевъ содержаніе сновидѣній соотвѣтствуетъ содержанію душевной жизни больного. Поэтому меланхолики часто и во снѣ видятъ одни только ужасы. Иногда появленіе пріятныхъ сновидѣній является однимъ изъ первыхъ признаковъ начинающагося улучшенія въ состояніи меланхолика, признакомъ того, что безысходная печаль начинаетъ понемногу уступать. Я уже имѣлъ случай отмѣтить, что больные, страдающіе галлюцинаторной спутанностью, часто смѣшиваютъ свои сонныя грезы съ галлюцинаціями и въ бреду дополняютъ добытое изъ обмановъ чувствъ тѣмъ, что взято изъ сновидѣній.

Второй симптомъ, стоящій въ срединѣ между психическими и физическими симптомами есть **утомляемость**. Съ этой стороны у душевно-больныхъ замѣчается также значительныя измѣненія. Такъ, у нѣкоторыхъ больныхъ замѣчается рѣзкое уменьшеніе утомляемости. Особенно это замѣтно у больныхъ, страдающихъ маніакальными формами; подобные больные часто по нѣскольку недѣль находятся въ сильнѣйшемъ возбужденіи, безпрерывно движутся, производя бурныя, порывистыя движенія, какъ-будто совсѣмъ не испытывая утомленія. Проведя чуть не цѣлые сутки въ сильнѣйшемъ возбужденіи, больные лишь на 3, 4 часа заснутъ и потомъ опять начинаютъ свои безпрерывныя порывистыя движенія. Такъ продолжается у нѣкоторыхъ больныхъ 6, 7 и даже болѣе мѣсяцевъ, пока наконецъ возбужденіе станетъ меньше. Правда, это бываетъ не у всѣхъ больныхъ съ сильнымъ двигательнымъ возбужденіемъ; у больныхъ, у которыхъ возбужденіе соединяется съ лихорадочнымъ состояніемъ, замѣтны быстро развивающіеся признаки утомленія, ведущіе часто къ полному упадку силъ.

Если у нѣкоторыхъ больныхъ и замѣчается ослабленіе утомляемости, то у другихъ, наоборотъ, можно отмѣтить существованіе повышенной утомляемости. Повышенная утомляемость бываетъ въ началѣ душевныхъ заболѣваній, а также въ концѣ, въ періодѣ поправленія; у поправляющихся больныхъ иногда достаточно небольшой работы или небольшого волненія, напр., отъ свиданія съ родственниками, или непродолжительнаго непріятнаго разговора, чтобы обнаружились рѣзкіе признаки усталости какъ въ физической сферѣ, въ видѣ ощущенія сла-

бости, такъ и въ психической, въ видѣ бо̀льшей раздражительности, недостатка вниманія и связности рѣчи. Утомляемость также очень велика во многихъ случаяхъ неврастеніи и неврастеническихъ психозахъ, а также въ исходныхъ формахъ, т. е. во вторичномъ слабоуміи. Объ усиленной утомляемости нѣкоторыхъ больныхъ нужно помнить, чтобы устранять отъ нихъ поводы къ чрезмѣрной усталости. Психіатрамъ нерѣдко приходится наблюдать, какъ отъ несоразмѣрной затраты силъ больные, только-что начавшіе поправляться, вновь ухудшаются. Точно также повышенная утомляемость душевно-больныхъ должна быть принимаема въ разсчетъ и при организаціи работъ душевно-больныхъ. Нужно помнить, что работоспособность у большинства душевно-больныхъ, даже перенесшихъ острый періодъ болѣзни, значительно менѣе, чѣмъ у здоровыхъ; поэтому рабочій день больного въ земледѣльческихъ колоніяхъ въ общемъ долженъ не превышать шести часовъ, а по результату работы не болѣе $^1/_3$, или самое большее половины рабочаго дня здороваго человѣка.

Переходя къ собственно соматическимъ симптомамъ, мы должны прежде всего остановиться на разстройствахъ, наблюдаемыхъ у душевно-больныхъ со стороны *физическихъ отправленій нервной системы.*

Разстройства физическихъ отправленій нервной системы.

Съ этой стороны у душевно-больныхъ наблюдается очень много важныхъ разстройствъ, имѣющихъ большое отношеніе къ симптомамъ психическимъ. Эти разстройства бываютъ какъ со стороны центральной нервной системы, такъ и со стороны периферической, и выражаются въ разстройствѣ движеній, чувствительности, секреторной и вазомоторной функціи нервной системы. Само собою разумѣется, что самыя разнообразныя нервныя разстройства могутъ сочетаться съ психическими симптомами, и потому изложить подробно всѣ встрѣчающіеся у психопатовъ физическіе признаки разстройства нервной системы въ этомъ курсѣ нѣтъ возможности: это значило бы повторить курсъ нервныхъ болѣзней. Въ виду этого я ограничусь только тѣми разстройствами, которыя особенно часто наблюдаются у душевно-больныхъ и которыя имѣютъ наиболѣе тѣсное отношеніе къ заболѣваніямъ собственно душевной сферы.

Разстройства со стороны нервной системы, встрѣчающіяся наиболѣе часто у душевно-больныхъ, касаются разныхъ сторонъ ея дѣятельности: двигательной, чувствительной, сосудодвигательной, отдѣлительной и трофической.

Разстройства двигательнаго аппарата. Разстройства движеній у душевно-больныхъ могутъ проявляться въ явленіяхъ ослабленія ихъ, въ усиленіи и въ разстройствѣ координаціи ихъ.

Ослабленіе мышечной силы у душевно-больныхъ встрѣчается очень часто даже въ такихъ формахъ, которыя не сопровождаются паретическими явленіями. Такъ напр., у меланхоликовъ обыкновенно движенія вялы и слабы, хотя никакихъ признаковъ паралича не замѣтно. Въ такого рода случаяхъ слабость движеній обусловливается слабостью психической энергіи, которая наблюдается при всякихъ депрессивныхъ состояніяхъ. У больныхъ, находящихся въ состояніи возбужденія, энергія движеній обыкновенно усилена, но прямое измѣреніе мышечной силы при помощи динамометра обыкновенно не показываетъ увеличенія собственно мышечной силы. Всѣ разсказы о томъ, что при нѣкоторыхъ буйныхъ формахъ душевныхъ болѣзней сила развивается такая, что больной одолѣваетъ нѣсколькихъ взрослыхъ мужчинъ, основаны на недоразумѣніи. Дѣйствительно съ больнымъ, находящимся въ гнѣвномъ возбужденіи не всегда легко справиться, но это зависитъ не отъ чрезмѣрной силы его, а отъ того, что окружающіе люди не знаютъ, какъ подступиться къ больному, а тотъ въ свою очередь, не чувствуя внутреннихъ задержекъ, безъ всякаго стѣсненія пускаетъ въ ходъ всю свою силу.

Что касается собственно до **параличныхъ явленій**, то они довольно нерѣдко наблюдаются у душевно-больныхъ, при чемъ отношеніе этихъ явленій къ психозамъ можетъ быть различное. Такъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ параличныя явленія соединены тѣснымъ образомъ съ болѣзнью и составляютъ такую же существенную сторону ея, какъ и психическія разстройства. Это бываетъ, напр., при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, при многихъ формахъ полиневритическаго психоза, при нѣкоторыхъ формахъ старческаго слабоумія и сифилиса мозга. Въ другихъ случаяхъ параличи представляютъ собою явленія, развившіяся на той же почвѣ, на которой развилась душевная болѣзнь,—но они могутъ и отсутствовать, не составляя необходимой ея принадлежности; таковы параличныя явленія, развивающіяся при истеріи, алкоголизмѣ, артеріосклеротическомъ психозѣ, при нѣкоторыхъ формахъ идіотизма, при душевныхъ болѣзняхъ вслѣдствіе органическихъ заболѣваній мозга. Наконецъ, иногда параличныя явленія составляютъ лишь случайное осложненіе душевной болѣзни. По времени своего появленія они могутъ развиваться и раньше симптомовъ душевнаго заболѣванія, и послѣ нихъ, и одновременно съ ними. По своему они могутъ быть периферическія (напр., при токсическихъ психозахъ и полиневритѣ), спинномозгового происхожденія, головномозгового, при чемъ въ однихъ случаяхъ нужно искать

мѣсто пораженія въ подкорковыхъ отдѣлахъ, въ другихъ случаяхъ въ самой корѣ; наконецъ, могутъ быть и чисто функціональные параличи „психическаго" происхожденія, какъ напр., при истеріи. Форма проявленія параличей при душевныхъ болѣзняхъ можетъ быть весьма разнообразна; можетъ быть гемиплегія, гемипарезъ, моноплегія, параплегія, параличи отдѣльныхъ нервовъ, глазодвигательнаго, отводящаго, блоковаго и пр. Разница въ формѣ паралича зависитъ вполнѣ отъ свойства болѣзни; перечислить всѣ различныя формы проявленій паретическихъ явленій здѣсь нѣтъ возможности, такъ какъ все это излагается въ курсѣ нервныхъ болѣзней, безъ знанія котораго психіатръ никогда не можетъ быть на высотѣ своего положенія. Здѣсь слѣдуетъ отмѣтить лишь тѣ проявленія, которыя особенно часто сочетаются съ душевными разстройствами и составляютъ характерную особенность нѣкоторыхъ изъ нихъ.

Изъ проявленій такого рода особеннаго вниманія заслуживаютъ— разстройство произношенія, измѣненія въ зрачкахъ и измѣненія въ почеркѣ; но такъ какъ эти явленія объясняются не исключительно параличемъ, а также и разстройствомъ координаціи движеній, то я буду разсматривать ихъ нѣсколько позднѣе. Здѣсь же скажу о тѣхъ параличахъ, которые являются, какъ слѣдствіе такъ называемыхъ **апоплектоидныхъ инсультовъ.** Эти инсульты особенно часто наблюдаются при прогрессивномъ параличѣ, но бываютъ и при старческомъ слабоуміи. Проявляются они такъ: вдругъ у больного дѣлается приливъ къ головѣ, лицо краснѣетъ, ощущается дурнота, и больной падаетъ безъ чувствъ. Безсознательное состояніе длится обыкновенно не долго—нѣсколько минутъ или нѣсколько часовъ; въ это время уже обнаруживается параличъ той или другой половины тѣла; затѣмъ сознаніе постепенно возвращается, а параличъ остается на нѣкоторое время, но черезъ нѣсколько дней и онъ исчезаетъ. По первымъ признакамъ можно было бы думать о появленіи стойкой гемиплегіи, какая бываетъ при кровоизліяніи въ мозгъ или закупоркѣ мозговыхъ артерій, но быстрое исчезновеніе параличей указываетъ, что въ основѣ процесса лежатъ не такія грубыя анатомическія измѣненія. Иногда параличъ исчезаетъ совсѣмъ, иногда же остается послѣ него небольшая ригидность въ конечностяхъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ параличу конечностей присоединяется скошеніе лица и афазія, въ другихъ случаяхъ параличныя явленія очень мало выражены, а бываетъ только кратковременная афазія—иногда лишь на нѣсколько минутъ.

Иной разъ передъ появленіемъ такого кратковременнаго паралича у больныхъ бываетъ приступъ общихъ судорогъ, иногда похожихъ на эпилептическія, иногда же значительно отличающихся отъ обычныхъ

припадковъ падучей болѣзни; это такъ называемые **эпилептиформные припадки**, также очень часто наблюдаемые при прогрессивномъ параличѣ.

Эти припадки принадлежатъ, впрочемъ, уже къ другому ряду явленій, наблюдаемыхъ при душевныхъ болѣзняхъ,—къ явленіямъ **усиленія движеній**. Переходя къ этимъ явленіямъ, я прежде всего долженъ остановиться на томъ, что они у душевно-больныхъ бываютъ разнообразнаго происхожденія; иногда, наприм., бываютъ припадки безпокойства, которые выражаются массою автоматическихъ движеній, катаніемъ по полу, скрежетаніемъ зубами и т. п., и которые для окружающихъ представляются припадками судорогъ, а въ сущности не суть судороги, а только проявленія того или другого душевнаго содержанія: бреда или аффективнаго состоянія. Въ другихъ случаяхъ усиленіе движеній бываетъ несомнѣнно судорожнаго происхожденія, въ зависимости отъ чисто физическихъ условій, наприм., эпилептическіе припадки. Въ третьихъ—имѣютъ значеніе и чисто-физическій, и психическій моменты; таковы, наприм., судороги при истероэпилепсіи.

Судорожные симптомы наблюдаются главнымъ образомъ при такихъ болѣзняхъ, какъ эпилептическіе психозы, истерическіе психозы, хореическіе, и проявляются въ формѣ, соотвѣтствующей названіямъ этихъ болѣзней. Такъ при истерическихъ психозахъ бываютъ припадки общихъ судорогъ въ формѣ истеро-эпилепсіи, разнообразныхъ спазмовъ, контрактуръ, при хореическихъ психозахъ—въ формѣ характерныхъ хореическихъ движеній. Кромѣ того разнообразныя судорожныя явленія бываютъ и при другихъ психическихъ болѣзняхъ. Особенно часто наблюдаются такъ называемые судорожные *тики* (tics convulsifs), т. е. подергиванія, клоническія судороги отдѣльныхъ мышечныхъ группъ.

У больныхъ, представляющихъ картину врожденнаго слабоумія, бываютъ часто признаки *постгемиплегической контрактуры* и *атетоза*. *Ригидность мышцъ* и тоническія судороги бываютъ при различнаго рода органическихъ психозахъ и между прочимъ при прогрессивномъ параличѣ. У нѣкоторыхъ больныхъ, особенно страдающихъ психозами съ сильнымъ аффектомъ страха, бываютъ обширные клоническія сокращенія, напоминающія paramyoclonus multiplex. Иногда приходится наблюдать и настоящій paramyoclonus multiplex. Явленія общихъ *клоническихъ судорогъ* (myoclonia) бываютъ иной разъ въ видѣ семейной болѣзни, у нѣсколькихъ братьевъ и сестеръ, въ соединеніи съ прирожденными дефектами въ психической сферѣ. Къ судорожнымъ явленіямъ должно быть отнесено также и скрежетаніе зубовъ, наблюдаемое чаще при органическихъ заболѣваніяхъ мозга и у идіотовъ и сравнительно рѣдко, какъ выраженіе тоскливаго аффекта или какъ

рефлекторное явленіе (при глистахъ и т. п.). *Припадки общихъ судорогъ* чаще всего выражаются у душевно-больныхъ въ видѣ припадковъ, похожихъ на эпилептическіе. Такого рода припадки, кромѣ собственно падучей болѣзни, бываютъ и при истеріи, иногда при неврастеніи, при токсическихъ психозахъ, алкоголизмѣ, прогрессивномъ параличѣ, тяжелой маніи, старческомъ слабоуміи, сифилисѣ мозга и другихъ органическихъ болѣзняхъ.

Смотря по свойству болѣзни и мѣсту страданія, вызывающему ихъ, мы имѣемъ различную картину, по которой, какъ извѣстно изъ курса нервныхъ болѣзней, различаются формы эпилептиформныхъ судорогъ, какъ истерическія (неполная потеря сознанія, отсутствіе прикусыванія языка, раздѣленіе припадка на нѣсколько опредѣленныхъ фазъ), корковыя (такъ наз. джаксоновская эпилепсія, съ сохраненіемъ сознанія, частичныя или половинныя судороги), токсическія (являющіяся часто цѣлыми серіями припадковъ, иногда непосредственно послѣ введенія яда, какъ напр., при алкоголизмѣ) и др. Особенно должны мы отмѣтить эпилептиформные припадки, встрѣчающіеся при прогрессивномъ параличѣ. О нихъ мы уже, впрочемъ, говорили, причемъ было упомянуто, что послѣ нихъ часто остаются половинные параличи. Здѣсь мы должны указать лишь на то, что по своему проявленію эти припадки отличаются отъ обыкновенныхъ припадковъ падучей болѣзни тѣмъ, что судороги при нихъ часто продолжаются значительно дольше, чѣмъ при обычныхъ припадкахъ эпилепсіи; нерѣдко онѣ, не достигая большой интенсивности, не заканчиваются впродолженіе нѣсколькихъ часовъ, представляя лишь временныя послабленія въ своей силѣ, временами ожесточаясь, временами ослабѣвая. Является такимъ образомъ не одинъ припадокъ, а цѣлая серія ихъ—т. наз. status epilepticus. Такое состояніе можетъ продолжаться даже больше сутокъ; больной во все время не приходитъ въ себя; по окончаніи припадка остается на нѣсколько часовъ, а иногда и сутокъ, состояніе оглушенія, изъ котораго больной лишь медленно приходитъ въ себя. Эпилептиформные припадки такого-же характера бываютъ кромѣ прогрессивнаго паралича, также и при старческомъ слабоуміи, при тяжелой маніи и при интоксикаціяхъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ показали наблюденія В. А. Муратова, клоническія судороги при прогрессивномъ параличѣ становятся затяжными и продолжаются много недѣль и мѣсяцевъ.

Нужно прибавить еще, что иногда припадки общихъ судорогъ являются не во время душевной болѣзни, а ей предшествуютъ. Это бываетъ при алкоголизмѣ и настоящей эпилепсіи, а особенно во время

родовъ. Очень нерѣдко вслѣдъ за *пуэрперальной эклампсіей* развивается своеобразный эклямптическій психозъ.

Къ явленіямъ усиленія двигательной иннерваціи относятся до извѣстной степени и встрѣчающіяся при различныхъ психозахъ каталепсія и тетанія; такъ какъ объ нихъ была рѣчь въ главѣ о психомоторныхъ разстройствахъ у душевно-больныхъ, то я здѣсь могу ограничиться однимъ упоминаніемъ объ этихъ разстройствахъ.

Къ разстройствамъ движеній у душевно-больныхъ относится также **неправильность координаціи движеній**. Разстройство координаціи приходится наблюдать въ очень многихъ случаяхъ психозовъ, при которыхъ существуетъ аффектъ страха или смущенія, при которыхъ, какъ извѣстно, координація движеній часто нарушается При глубокомъ слабоуміи и истощеніи мозга также наблюдается неловкость движенія отъ разстройства сочетанія идей и ихъ двигательнаго проявленія. Это, такъ сказать, разстройство координаціи психическаго происхожденія; но у душевно-больныхъ наблюдается разстройство координаціи и органическаго характера, въ видѣ *атаксіи спинальной* (съ характернымъ Ромберговымъ симптомомъ, и *церебральной*. Такого рода атаксія наблюдается при прогрессивномъ параличѣ, при интоксикаціяхъ, полиневритическомъ психозѣ (neurotabes peripherica) и особенно при психозахъ, связанныхъ съ спинной сухоткой. Разстройство координаціи бываетъ нерѣдко при истерическихъ и хореическихъ психозахъ.

Что касается до *трясенія* или *дрожанія*, то оно бываетъ у душевно-больныхъ очень нерѣдко. Иногда оно находится въ связи съ аффективнымъ состояніемъ, наприм., у больныхъ, испытывающихъ сильный страхъ, у неврастениковъ, у истеричныхъ; иногда же оно есть признакъ физическаго разстройства двигательнаго аппарата, какъ наприм, при старческихъ психозахъ, разсѣянномъ склерозѣ, прогрессивномъ параличѣ, хроническомъ алкоголизмѣ и другихъ интоксикаціонныхъ психозахъ, также при травматическомъ неврозѣ. Дрожаніе замѣчается въ верхнихъ конечностяхъ, особенно при вытягиваніи пальцевъ, въ губахъ, въ мускулахъ лица (при улыбкѣ, показываніи дёсенъ), въ языкѣ, при чемъ то дрожитъ весь языкъ, то дрожаніе замѣтно въ отдѣльныхъ пучкахъ.

Трясеніе вообще бываетъ самое разнообразное: то мелкое, то объемистое, то правильное ритмическое, то неправильное, то усиливающееся при волненіи, то—при произвольныхъ движеніяхъ. Къ отдѣльнымъ двигательнымъ разстройствамъ, наиболѣе часто встрѣчающимся у душевно-больныхъ, нужно отнести слѣдующія:

Соматическое разстройство рѣчи. Мы уже говорили о разстройствахъ рѣчи психическаго характера, и здѣсь слѣдуетъ сказать только о раз-

стройствахъ рѣчи вслѣдствіе пораженія рѣчевыхъ центровъ или нервовъ, участвующихъ въ актѣ говоренія. Съ этой стороны у душевно-больныхъ бываютъ многочисленныя и разнообразныя разстройства—длительныя формы парафазіи, сенсоріальной и двигательной афазіи, какъ слѣдствіе органическаго заболѣванія соотвѣтствующихъ частей головного мозга (при органическихъ психозахъ, сифилисѣ мозга, старческомъ слабоуміи), скоропреходящія афазическія разстройства (при прогрессивномъ параличѣ, часто въ самомъ началѣ болѣзни), также не долго продолжающіяся функціональныя афазическія проявленія при истеріи. Мы уже упоминали о псевдо-афазіи, наблюдающейся на высотѣ спутанности, когда теряется связь понятій съ ихъ словесными образами, при различныхъ формахъ съ аментивнымъ состояніемъ. Затѣмъ разстройства рѣчи проявляются у нѣкоторыхъ больныхъ въ полномъ отсутствіи рѣчи съ ранняго дѣтства, какъ напр., при идіотизмѣ, связанномъ съ воспаленіемъ коры полушарій головного мозга, и у глухонѣмыхъ. Иногда разстройства рѣчи выражаются въ разстройствѣ произношенія, дизартріяхъ разнаго рода, напр., при органическихъ психозахъ и прогрессивномъ параличѣ. У дегенерантовъ нерѣдко приходится наблюдать заиканіе, шепелявеніе, картавость, какъ проявленіе неправильнаго тѣлеснаго развитія.

Особенно большое вниманіе нужно обратить на своеобразное разстройство рѣчи, встрѣчающееся при прогрессивномъ параличѣ и настолько характерное, что составляетъ одинъ изъ самыхъ доказательныхъ діагностическихъ признаковъ этой страшной болѣзни. Оно характеризуется главнымъ образомъ тѣмъ, что называется спотыканіемъ на слогахъ; больной, произнося слова, запинается, протягиваетъ какую-нибудь гласную, точно не можетъ произнести слѣдующій слогъ, или удваиваетъ согласную, или пропускаетъ слоги, или ихъ повторяетъ нѣсколько разъ, или, наконецъ, вставляетъ совершенно ненужные звуки; большею частью рѣчь монотонная, протяжная, точно больному очень трудно дается говореніе, иногда звуки неясны, какъ будто во рту что-либо лежитъ, мѣшая языку ворочаться; при этомъ часто происходятъ некоординированныя движенія языкомъ, дрожаніе губъ и мышцъ лица. Особенно затрудняется больной въ произнесеніи длинныхъ словъ, причемъ спотыканія чаще всего происходятъ въ слогахъ, гдѣ встрѣчается звукъ „*р*" („конногвардейская артиллерія"). У нѣкоторыхъ больныхъ всѣ эти явленія выступаютъ ***особенно характерно при чтеніи вслухъ.***

Подобное разстройство рѣчи въ рѣзкой степени встрѣчается только при прогрессивномъ параличѣ или тѣхъ сродныхъ съ прогрессивнымъ

параличемъ формахъ, которыя нѣкоторыми авторами совсѣмъ и не отдѣляются отъ прогрессивнаго паралича, какъ артеріосклеротическое хроническое воспаленіе мозговой коры, описанное O. Binswanger'омъ. Иной разъ намеки на спотыканіе на слогахъ встрѣчаются при маніакальной экзальтаціи въ циркулярныхъ психозахъ или при переутомленіи у неврастениковъ; но повторяю, — это лишь намеки, которые легко отличить отъ истиннаго спотыканія слоговъ паралитиковъ.

Измѣненія въ почеркѣ имѣютъ также большое значеніе у душевнобольныхъ. Какъ своеобразно разстраивается рѣчь при прогрессивномъ параличѣ, такъ же разстраивается и почеркъ. Вслѣдствіе дрожанія въ рукахъ линіи становятся зигзагообразны, на закругленіяхъ попадаются ненужные углы; буквы неровны, неуклюжи, нѣкоторые буквы и слоги пропускаются, другія повторяются; иной разъ совсѣмъ нельзя разобрать, какую букву написалъ больной, такъ какъ онъ утратилъ память объ ея образѣ или не можетъ его воспроизвести.

Разстройство почерка встрѣчается также и при другихъ душевныхъ болѣзняхъ. Объ нѣкоторыхъ особенностяхъ письма мы впрочемъ уже говорили выше; теперь скажемъ только, что дрожащій почеркъ бываетъ также при другихъ болѣзняхъ, напр., при алкоголизмѣ, старческомъ слабоуміи, неровныи, угловатыи при различныхъ органическихъ психозахъ, при хроническихъ и другихъ судорожныхъ психозахъ, при аффектѣ страха и пр.

Затѣмъ весьма важное измѣненіе составляютъ **измѣненія въ зрачкахъ**. Изъ этихъ измѣненій чаще всего приходится наблюдать разницу въ величинѣ обоихъ зрачковъ, измѣненіе формы зрачка и измѣненіе зрачковаго рефлекса. Что касается разницы зрачковъ, то при чисто функціональныхъ психическихъ заболѣваніяхъ разница въ зрачкахъ, хотя и бываетъ, но рѣдко. Бóльшею частью разница въ зрачкахъ бываетъ при болѣзняхъ съ органической подкладкой и особенно часто при прогрессивномъ параличѣ. При этой же болѣзни, а также и при нѣкоторыхъ другихъ, бываетъ измѣненіе формы зрачка; чаще всего зрачекъ вмѣсто круглой формы принимаетъ форму широкой миндалины. Зрачковые рефлексы чаще всего измѣняются такъ, что рефлексъ на свѣтъ становится очень слабъ, а рефлексъ на аккомодацію сохраняется.

Въ самое послѣднее время Westphal описалъ особый зрачковый феноменъ, являющійся при сильномъ напряженіи круговой мышцы вѣкъ, т. е. при закрытіи глазъ. У больныхъ, у которыхъ существуетъ расширеніе зрачковъ съ его неподвижностью или вялой реакціею на свѣтъ, наблюдается при этомъ рѣзко выраженное суженіе, постепенно

уменьшающееся при раскрываніи вѣкъ. У здоровыхъ Вестфаль такихъ явленій не наблюдалъ.

Изъ другихъ разстройствъ движеній глазъ слѣдуетъ отмѣтить косоглазіе, встрѣчающееся у дегенерантовъ и идіотовъ, а также **параличи различныхъ глазныхъ нервовъ** (при сифилисѣ мозга и другихъ органическихъ болѣзняхъ мозга, при спинной сухоткѣ и полиневритахъ), **nystagmus** (или какъ врожденный признакъ, или какъ пріобрѣтенное явленіе при разсѣянномъ склерозѣ, алкоголизмѣ и другихъ токсическихъ психозахъ).

Къ двигательнымъ разстройствамъ у душевно-больныхъ нужно отнести также нерѣдко замѣчаемое у нихъ измѣненіе тембра и **ослабленіе голоса**. Это особенно часто бываетъ при маніакальномъ возбужденіи и вообще у больныхъ, которые много кричатъ, болтаютъ, поютъ. У нихъ очень скоро голосъ становится грубоватымъ, сиплымъ, а иногда и совсѣмъ пропадаетъ. У нѣкоторыхъ больныхъ развивается полное безгласіе. При прогрессивномъ параличѣ голосъ также мѣняется—онъ становится очень монотоненъ, тембръ его своеобразный; измѣненіе голоса можетъ быть однимъ изъ самыхъ раннихъ симптомовъ этой болѣзни.

Разстройство глотанія наблюдается при органическихъ психозахъ, особенно при прогрессивномъ параличѣ, старческомъ слабоумiи и сифилисѣ мозга; точно также оно очень сильно при бѣшенствѣ (**lyssa humana**), какъ настоящемъ, такъ и ложномъ (**rabies spuria**).

Разстройства движеній верхнихъ и нижнихъ конечностей бываетъ очень часто, какъ при органическихъ психозахъ, прогрессивномъ параличѣ и пр., такъ и при функціональныхъ, соединенныхъ съ неврозами; они, смотря по обстоятельствамъ, обусловливаются то паретическими, то судорожными явленіями, то атаксіей. Иногда бываютъ разстройства движеній чисто психическаго происхожденія, какъ напр., астазія-абазія, о которой мы говорили выше.

Что касается до зависящихъ отъ нервной системы **функцій тазовыхъ органовъ**, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть задержаніе и недержаніе мочи, также недержаніе экскрементовъ. Это бываетъ чаще всего въ послѣднихъ періодахъ прогрессивнаго паралича и старческаго слабоумія. Задержаніе мочи впрочемъ бываетъ и при другихъ психозахъ, особенно при глубокихъ формахъ ступора, при которыхъ однако оно обусловливается не столько параличемъ или спазмомъ соотвѣтствующихъ мышцъ, сколько ложными идеями, напр., мыслью, что съ мочею выйдетъ что нибудь чрезвычайно важное, что, если упустить мочу, то случится какое нибудь несчастіе. Какъ бы то ни было, но при наблюденіи за душевно-больными нужно постоянно обращать вниманіе

на состояніе мочевого пузыря; при этомъ нужно не только распрашивать прислугу, мочится ли больной, или нѣтъ, но производить лично осмотръ и ощупываніе. такъ какъ иногда бываетъ, что больной выпускаетъ только часть мочи, а пузырь остается крайне переполненнымъ, какъ при ischuria paradoxa, которая сразу узнается ощупываніемъ громадной грушевидной припухлости надъ лобкомъ. Кромѣ уменьшеннаго позыва на мочеиспусканіе бываетъ и повышенный позывъ, выражающійся въ частомъ мочеиспусканіи (поллякіурія). Иногда оно вызывается органическими причинами, иногда же является результатомъ повышенной общей возбудимости, ипохондріи, а также особой навязчивой идеи: есть больные, которые мучатся тѣмъ, что они не въ состояніи будутъ помочиться, находясь въ театрѣ или въ гостяхъ; и именно тутъ то у нихъ и является особенно частый и мучительный позывъ.

О нѣкоторыхъ особенностяхъ въ выдѣленіи мочи у душевно-больныхъ будетъ рѣчь ниже. Здѣсь же я отмѣчу еще нѣкоторыя особенности, относящіяся собственно къ двигательному аппарату, касающіяся рефлексовъ и возбудимости нервно мышечнаго аппарата.

Рефлексы у душевно-больныхъ бываютъ часто разстроены. При нѣкоторыхъ формахъ замѣтно повышеніе кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ (наприм., при остромъ бредѣ, неврастеніи), при другихъ ослабленіе кожныхъ и увеличеніе сухожильныхъ (наприм., правда не всегда, при прогрессивномъ параличѣ), при третьихъ рефлексы понижены, (такъ что вызываются только при условіяхъ сжатія обѣихъ рукъ въ кулакъ и при растягиваніи рукъ (*способъ Iендрассика*), или совсѣмъ исчезаютъ Очень часто потеря сухожильныхъ рефлексовъ служитъ признакомъ того, что психическая болѣзнь имѣетъ органическую подкладку (психозы при спинной сухоткѣ, полинейритическій психозъ, тѣ формы прогрессивнаго паралича, которыя соединены съ измѣненіемъ въ заднихъ столбахъ спинного мозга). Рефлексы колѣна часто слабѣютъ вскорѣ послѣ эпилептическихъ припадковъ, они бываютъ ослаблены при ступорѣ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ алкоголизма и вообще при интоксикаціяхъ. При ступорозныхъ состояніяхъ ослабленъ и кожный рефлексъ съ подошвы, часто отсутствуетъ и мигательный рефлексъ. При формахъ, при которыхъ можно подозрѣвать ирритативные процессы въ боковыхъ столбахъ спинного мозга, существуетъ повышеніе рефлекса ахиллова сухожилія и clonus стопы. У больныхъ, страдающихъ кататоническимъ умопомѣшательствомъ и преждевременнымъ (раннимъ) слабоуміемъ, наблюдается часто выраженный лицевой феноменъ, т. е. сильное сокращеніе лицевыхъ мышцъ и двигающихъ нижнюю челюсть при ударѣ молоточкомъ въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ.

Нерѣдко вообще сокращеніе мышцъ при ударѣ молоточкомъ измѣняется въ томъ смыслѣ, что являются рѣзко выраженныя сокращенія (**идіо-мускулярныя сокращенія**). Иногда такія сокращенія являются въ видѣ проходящей по мускулу волны и общаго сокращенія цѣлаго пучка волоконъ, иногда же въ видѣ мѣстнаго валикообразнаго поднятія или припухлости, довольно медленно образующейся и не моментально исчезающей. Первое зависитъ, можетъ быть, отъ рефлекса со стороны чувствующихъ волоконъ фасціи, второе-же,—мѣстное, есть или самостоятельное сокращеніе мускульной субстанціи, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, можетъ быть, и рефлексъ сосудистый (сосудорасширителей, причемъ переполненіе кровью и мѣстная отечность вызываетъ появляющееся припуханіе). Взаимное отношеніе этихъ двухъ видовъ идіо-мускулярныхъ сокращеній можетъ быть различно въ зависимости отъ состоянія возбудимости тѣхъ или другихъ отдѣловъ спиннаго мозга, состоянія рефлекторной возбудимости и степени перерожденія, утомленія самихъ мышцъ. Повидимому, въ зависимости отъ того или другого состоянія мышцъ или измѣненія спиннаго мозга (органическаго или функціональнаго), или состоянія общей ирритативности и нѣкоторыхъ разстройствъ обмѣна, происходитъ измѣненіе въ идіо-мускулярныхъ сокращеніяхъ и при психозахъ. Поэтому они измѣняются при прогрессивномъ параличѣ и при нѣкоторыхъ функціональныхъ психозахъ, при которыхъ можно предполагать существованіе ненормальной возбудимости спиннаго мозга, сосудистыхъ центровъ, какъ напр., при эпилепсіи, или общаго разстройства питанія тканей. Въ послѣднее время ассистентъ Московской психіатрической клиники А. Н. Бернштейнъ обратилъ вниманіе на то, что рѣзко выраженный валикъ получается при ударѣ молоточкомъ по двуглавой мышцѣ преимущественно при прогрессивномъ параличѣ, юношескомъ преждевременномъ слабоумін и нѣкоторыхъ формахъ множественнаго неврита. Фере получалъ его часто у эпилептиковъ: значеніе этого признака, считаемаго нѣкоторыми за признакъ дурной прогностики, пока еще не выяснено.

Электросократительность при душевныхъ болѣзняхъ обыкновенно измѣнена на столько, на сколько психозы осложняются разстройствами въ периферическихъ нервахъ или спинномъ мозгу; явленія, наблюдаемыя при этомъ, соотвѣтствуютъ установленнымъ общимъ правиламъ. Измѣненія электросократительности при чистыхъ неосложненныхъ психозахъ довольно неопредѣленны; врядъ ли можно придавать значеніе тѣмъ изслѣдованіямъ, по которымъ оказывалось значительное повышеніе электросократительности въ разгибателяхъ при маніи, въ разгибателяхъ и сгибателяхъ при меланхоліи съ болевыми ощущеніями и пониженіе электросократительности при

melancholia attonita и при глубокомъ слабоумiи. При изслѣдованiи электросократительности у душевно-больныхъ не нужно забывать, что проводимость тока черезъ кожу у нихъ часто измѣнена вслѣдствiе черезвычайной сухости, мѣстныхъ измѣненiй кровеобращенiя, отековъ и пр. Нѣкоторые отмѣчаютъ, что при прогрессивномъ параличѣ электросократительность значительно ниже на правой, чѣмъ на лѣвой сторонѣ. При этой же болѣзни въ нѣкоторыхъ случаяхъ отмѣчена была конвульсивная реакция и быстрая истощаемость электросократительности. Иногда неравномѣрность сокращенiя на обѣихъ сторонахъ и конвульсивность реакции замѣчалась и у меланхоликовъ; при меланхолическихъ состоянiяхъ со ступоромъ отмѣчалось и извращенiе формулы — сокращенiе отъ замыканiя анода являлось раньше, чѣмъ отъ замыканiя катода.

Разстройства чувствующаго аппарата. Разстройства физической чувствительности имѣютъ большое значенiе, такъ какъ съ одной стороны могутъ указывать на свойство патологическаго процесса, лежащаго въ основѣ душевной болѣзни, а съ другой—и потому, что разстройство чувствительности имѣетъ непосредственное отношенiе къ содержанiю душевной жизни. Мы знаемъ, что представленiя развиваются изъ ощущенiй и, слѣдовательно, неправильности въ образованiи ощущенiй могутъ отражаться и на содержанiи идей; а неправильности въ образованiи ощущенiй зависятъ именно отъ разстройства физической чувствительности. Возьмемъ для примѣра такое явленiе изъ сферы разстройствъ чувствительности, какъ *боли*. Очень часто существованiе болей въ какой-нибудь области тѣла, наприм., въ животѣ, вызываетъ у больного непрiятное настроенiе, приковываетъ вниманiе его къ болевымъ ощущенiямъ и вызываетъ то, что называется ипохондрическимъ состоянiемъ. Въ другихъ случаяхъ болевыя ощущенiя могутъ играть другую роль, не менѣе важную: нерѣдко, какъ мы уже знаемъ, болевыя ощущенiя подаютъ поводъ къ бредовымъ идеямъ, путемъ такъ называемой аллегоризацiи болевыхъ ощущенiй. Такъ, наприм., боль въ области межреберныхъ нервовъ ведетъ къ образованiю демономанической идеи, идеи бѣсоодержимости, т. е. идеи о томъ, что въ больного вселился бѣсъ, который и сидитъ въ груди. Въ третьей категорiи случаевъ значенiе болей иное: онѣ не столько важны по своему влiянiю на психику, сколько служатъ указанiемъ на природу болѣзни, такъ какъ обусловливаются тою же болѣзнетворною причиною, какъ и психическое разстройство. Такъ это бываетъ, наприм., при нейритахъ у алкоголиковъ, гдѣ подъ влiянiемъ алкоголизма могутъ быть и нейриты, вызывающiе боль, могутъ быть и психическiе симптомы.

Точно также при истерическихъ и неврастеническихъ психозахъ присутствіе болящихъ точекъ по тракту нервовъ можетъ быть указаніемъ на истерическую или неврастеническую натуру страданія.

Аналогическую роль играютъ гиперестезіи, анестезіи и парестезіи, наблюдаемыя у душевно-больныхъ. Онѣ тоже иногда служатъ выраженіемъ той почвы, на которой развилось психическое разстройство, какъ наприм., при истеріи; онѣ несомнѣнно вліяютъ на содержаніе душевной жизни; такъ, благодаря гиперестезіи являются такія представленія, которыя не получаются при нормальныхъ условіяхъ, а благодаря анестезіямъ ограничивается душевная жизнь, какъ напр., анестезія полового чувства вызываетъ уклоненія въ половыхъ влеченіяхъ. Съ другой стороны, онѣ часто служатъ и основаніемъ для бредовыхъ идей; такъ, анестезіи и парестезіи въ конечности иногда вызываютъ бредъ о томъ, что конечность сдѣлана изъ какого-нибудь особаго матеріала, наприм., стекла, слоновой кости.

Примѣровъ такого рода вліянія разстройствъ мы встрѣчаемъ довольно много, особенно у иностранныхъ авторовъ. Такъ Эскироль говоритъ объ одной женщинѣ, воображавшей, что тѣло ея унесено дьяволомъ: поверхность кожи ея была совершенно нечувствительна. Фовиль разсказываетъ про одного солдата, который считалъ себя умершимъ со времени битвы при Аустерлицѣ, гдѣ онъ былъ тяжело раненъ. Когда его спрашивали объ его здоровьѣ, онъ отвѣчалъ: „вы спрашиваете, какъ здоровье дяди Ламберта, но дяди Ламберта нѣтъ болѣе на свѣтѣ, его унесло пушечное ядро. То, что вы видите, совсѣмъ не онъ, а плохая машина, поддѣланная подъ него; сдѣлайте другую, лучшую". Говоря о себѣ, никогда онъ не говорилъ „я", а всегда „это". Кожа была нечувствительна. Отмѣчено, что у душевно-больныхъ, имѣющихъ чувствительный параличъ одной части тѣла, является иногда безумное представленіе, что рядомъ съ нимъ лежитъ другой человѣкъ, даже трупъ.

Въ виду всего этого, изслѣдованіе чувствительности у душевно-больныхъ—какъ для констатированія явленій упадка чувствительности (анестезій), такъ и для констатированія парестезій, гиперестезій и болей должно быть производимо обстоятельно.

Измѣненія, которыя могутъ наблюдаться со стороны чувствительности у душевно-больныхъ, очень разнообразны. Это могутъ быть:

1. **Разнообразныя боли**, самостоятельныя или являющіяся при давленіи.

Самостоятельныя боли бываютъ въ видѣ головныхъ болей, давящихъ, грызущихъ, въ вискѣ или въ темени (главнымъ образомъ у неврастениковъ, ипохондриковъ и при органическихъ болѣзняхъ), въ

видѣ невралгій межреберныхъ нервовъ, тройничнаго нерва, болей въ области живота, въ области половыхъ органовъ; иногда эти боли ясно чувствуются больными и мучаютъ ихъ, иногда же какъ бы затихаютъ, но вмѣсто нихъ являются различные отраженные симптомы, въ видѣ головокруженій, странныхъ ощущеній въ головѣ и своеобразныхъ бредовыхъ идей, такъ часто наблюдающихся при такъ наз. **dysphrenia neuralgica**, талантливо отмѣченной д-ромъ Шюле. Какъ одна изъ частыхъ формъ боли должна быть отмѣчена боль въ сторонѣ сердца и подложечной области, сочетанная съ чувствомъ тоски (**anxietas praecordialis**). *Не мѣшаетъ отмѣтить, что тоска иной разъ* связывается съ половыми и вообще тягостными ощущеніями не въ сердечной области, а въ другихъ мѣстахъ — въ головѣ, даже въ ногахъ (**anxietas tibiarum**, побуждающая безпрерывно двигаться) и въ половой системѣ, чѣмъ вызывается нерѣдко побужденіе къ безпрерывнымъ манипуляціямъ около половыхъ органовъ.

Самостоятельныя боли очень часто сопровождаютъ ипохондрическое состояніе и такъ какъ онѣ локализируются въ опредѣленномъ мѣстѣ, напр., въ животѣ, въ области таза, въ сторонѣ сердца, то больные часто считаютъ, что вся болѣзнь ихъ зависитъ отъ страданія соотвѣтствующихъ органовъ, и ищутъ помощи у спеціалистовъ по внутреннимъ болѣзнямъ или гинекологовъ. Иногда и врачи обманываются, приписывая напр., все нервное разстройство вліянію какого нибудь страданія матки только потому, что больная имѣетъ болѣзненныя ощущенія въ области матки, а между тѣмъ по существу больная страдаетъ ипохондріей, а боль локализируется въ маткѣ лишь случайно.

Иногда бываютъ при нѣкоторыхъ формахъ душевнаго разстройства боли, являющіяся только при попыткѣ къ движенію: больной не чувствуетъ боли, пока совершенно покоенъ, но лишь только захочетъ встать, попробуетъ протянуть руку, поднять голову,—являются очень сильныя болевыя ощущенія, которыя не находятъ себѣ объясненія въ какихъ нибудь мѣстныхъ измѣненіяхъ. Подъ вліяніемъ такихъ ощущеній больные иногда должны долго сохранять полную неподвижность (**akinesia algera**)

Боли при давленіи наблюдаются у душевно-больныхъ въ разныхъ мѣстахъ: такъ, иной разъ существуетъ рѣзко выраженная болѣзненность при давленіи на черепные швы, особенно въ области передняго родничка (преимущественно въ началѣ психозовъ и при алкогольной эпилепсіи), болѣзненность при давленіи на межреберные нервы при меланхоліи и демономаническихъ идеяхъ, болѣзненность нервныхъ

стволовъ и мышцъ при нейритахъ и неврастеніи, болѣзненность позвоночника при истеріи и также при неврастеніи.

Нужно однако замѣтить, что у множества душевно-больныхъ съ ясно выраженными разстройствами дѣятельности мозга не существуетъ рѣшительно никакихъ жалобъ на какія нибудь боли.

2. **Гиперестезіи и гипералгезіи.** Мы уже говорили о томъ значеніи, которое могутъ имѣть гиперестезіи для развитія усиленной воспріимчивости, симулирующей такъ наз. ясновидѣніе. Особенно часто бываютъ гиперестезіи разнаго рода у истеричныхъ больныхъ, также у неврастениковъ и при страданіяхъ нервныхъ стволовъ и спинного мозга. Нужно однако замѣтить, что далеко не всегда гиперестезіи представляютъ собою проявленіе исключительно разстройства физической чувствительности. Нерѣдко гиперестезія является результатомъ чрезмѣрно напряженнаго вниманія; таковы сильныя и необычныя ощущенія въ разныхъ частяхъ тѣла у ипохондриковъ: у нихъ нерѣдко подъ вліяніемъ мыслей о болѣзняхъ являются такія внутренностныя ощущенія (напр., въ сердцѣ, животѣ), которыя не встрѣчаются у здоровыхъ, а эти ощущенія въ свою очередь, служа какъ бы доказательствомъ дѣйствительности существованія болѣзни, возбуждаютъ къ себѣ особое вниманіе, чѣмъ образуется своеобразный circulus vitiosus.

Гиперестезіи и гипералгезіи, присоединяясь къ цѣлому ряду ощущеній, дѣлаютъ часто положеніе больныхъ весьма мучительнымъ; такъ, есть больные, которые рѣшительно не выносятъ прикосновенія одежды—безпрерывно раздѣваются, не выносятъ жара, не выносятъ шума, свѣта, требуютъ полной тишины, почти не достижимой въ больницахъ для душевно-больныхъ.

3. **Анестезіи и аналгезіи** встрѣчаются у душевно-больныхъ очень часто. Кромѣ органическихъ заболѣваній, при которыхъ свойство и распространеніе ихъ опредѣляется анатомическими измѣненіями, лежащими въ основѣ болѣзни, онѣ встрѣчаются и при психозахъ функціональныхъ; такъ, онѣ нерѣдки при истеріи, при ступорозныхъ формахъ; ослабленіе болевой чувствительности бываетъ также при меланхоліи, при состояніяхъ экстаза, патологическихъ аффектахъ. При слабоуміи простомъ и паралитическомъ ослабленіе и полная потеря чувствительности встрѣчается также часто, и благодаря ей больные подвергаются иногда крайне опаснымъ поврежденіямъ какъ механическимъ, такъ и термическимъ и химическимъ. У Гризингера приведены такіе случаи: въ Парижской больницѣ Бисетръ одинъ больной, оставшись одинъ въ комнатѣ, положилъ голову на раскаленную до красна желѣзную плиту печи, а руки въ самый огонь; сильный запахъ привлекъ людей, но больной былъ совер-

шенно равнодушенъ и не показывалъ рѣшительно никакого признака боли, хотя руки его обгорѣли до костей. Одинъ больной въ англійскомъ заведеніи Бэдламѣ положилъ затылокъ на огонь, такъ что кожа его сгорѣла; теменныя кости почти совсѣмъ оголились.

Въ послѣднее время д-ръ *Бернацкій* обратилъ вниманіе на очень часто встрѣчающуюся при прогрессивномъ параличѣ и эпилепсіи аналгезію въ области локтеваго нерва. Хотя этотъ признакъ бываетъ и при другихъ болѣзняхъ, но гораздо рѣже, чѣмъ при названныхъ формахъ.

4. **Парестезіи** составляютъ частую принадлежность многихъ болѣзней; особенно часты различныя ощущенія въ видѣ ползанія мурашекъ, покалыванія какъ бы иглами, ощущенія ползанія, кусанія — у алкоголиковъ, неврастениковъ, истеричныхъ и больныхъ, страдающихъ первичнымъ помѣшательствомъ и бредовою формою безсмыслія. Они подаютъ поводъ къ массѣ ложныхъ идей и въ нѣкоторыхъ случаяхъ трудно отличимы отъ иллюзій. Какъ своеобразную форму парестезіи слѣдуетъ отмѣтить особый оттѣнокъ ощущенія, который испытывается нѣкоторыми больными, главнымъ образомъ меланхоликами. Вотъ какъ описываетъ это состояніе Гризингеръ: „Я вижу, слышу, чувствую", говорятъ подобные больные, „но предметы не достигаютъ до меня, я не могу воспринять ощущенія, точно будто какая то стѣна отдѣляетъ меня отъ внѣшняго міра и т. д.". „У такихъ больныхъ встрѣчается иногда ослабленіе периферической чувствительности кожи, такъ что предметы кажутся нѣсколько неясными, даже шероховатыми, покрытыми шерстью; но если бы это было и постоянно, оно все же не могло бы объяснить подобнаго явленія". Оно, по мнѣнію Гризингера, психическаго происхожденія и нѣсколько напоминаетъ ту разницу въ воспріятіи, которая замѣчается въ старости сравнительно съ молодымъ возрастомъ, когда все чувствуется несравненно живѣе и ближе. Эта особенность чувствительности бываетъ у больныхъ, у которыхъ существуетъ явленіе, описанное выше подъ названіемъ **anaesthesia dolorosa psychica**.

Въ области отдѣльныхъ спеціальныхъ ощущеній должны быть отмѣчены слѣдующія особенности.

Кожная чувствительность представляетъ явленія гиперестезіи, анестезіи и парестезіи, о которыхъ мы говорили выше. Спеціальныя изслѣдованія кожной чувствительности показали въ нѣкоторыхъ случаяхъ пониженіе чувства мѣстности въ нѣкоторыхъ случаяхъ меланхоліи и сродныхъ состояній. Нужно однако помнить, что изслѣдованія эти представляютъ большія затрудненія, такъ какъ вниманіе больныхъ

трудно сосредоточить. У нѣкоторыхъ больныхъ, напр., у паралитиковъ, отмѣчается быстрое забвеніе ощущеній, благодаря чему они черезъ нѣсколько секундъ не помнятъ мѣста прикосновенія. Очень часто собственно чувствительность къ прикосновенію сохраняется у душевнобольныхъ, но чувствительность къ такимъ стимуламъ, какъ вліяніе холода, тепла, болевыхъ раздраженій и пр. часто рѣзко мѣняется. Такъ у очень многихъ больныхъ замѣтна рѣзкая нечувствительность къ холоду, который они переносятъ безъ всякаго выраженія неудовольствія. У нѣкоторыхъ больныхъ, вѣроятно, существуетъ невыносливость къ теплу, вслѣдствіе чего они постоянно раздѣваются до-гола. Очень часто больные почти нечувствительны къ причиняемой имъ боли: буйные больные очень часто не чувствуютъ значительныхъ болевыхъ раздраженій; меланхоликамъ тоже нерѣдко можно колоть глубоко кожу или раздражать ее сильнымъ электрическимъ токомъ и не вызывать боли. Нужно впрочемъ помнить, что иногда это зависитъ отъ того, что часто у меланхоликовъ очень увеличено сопротивленіе кожи къ проведенію электричества; кромѣ того есть больные, которые и чувствуютъ боль, но ничѣмъ не реагируютъ на нее. Одинъ больной разсказывалъ мнѣ, что когда онъ лѣтъ 30 назадъ въ первый разъ заболѣлъ тоской, у него явилась такая подавленность, что онъ, сознавая все, лежалъ неподвижно. Приглашенный его отцомъ врачъ, желая убѣдиться, чувствуетъ ли больной, капалъ ему расплавленнымъ сургучемъ на грудь, и больной все таки не дѣлалъ никакого знака, что онъ чувствуетъ; между тѣмъ онъ чувствовалъ очень сильную боль. Въ аналогичныхъ случаяхъ, когда нужно убѣдиться въ сохраненіи болевой чувствительности, помогаетъ наблюденіе за состояніемъ зрачковъ; при существованіи боли въ большинствѣ случаевъ является зрачковый рефлексъ соотвѣтствующей стороны.

Чувство зрѣнія можетъ быть часто разстроено. Оно бываетъ нерѣдко ослаблено въ зависимости отъ органическихъ измѣненій (neuritis n. optici, застойный сосокъ, атрофія сосочка и пр.) или функціональныхъ. Ослабленіе зрѣнія бываетъ чаще всего при прогрессивномъ параличѣ, связанномъ со спинной сухоткой, при алкоголизмѣ, истеріи. Иногда бываетъ съуженіе поля зрѣнія (истерія, травматическій неврозъ), временный дальтонизмъ, геми-анопсія, диплопія и поліопія (при истеріи). Диплопія и геми-анопсія чаще бываютъ при органическихъ болѣзняхъ; гиперестезія зрительная и невыносливость къ свѣтовымъ раздраженіямъ при формахъ ирритативныхъ и истеріи. Иной разъ— тоже бо́льшею частью при истеріи—разстраивается способность опредѣлять величину видимыхъ предметовъ: они кажутся очень большими или,

наоборотъ, очень маленькими. Очень часто бываютъ различныя субъективныя явленія—искры въ глазахъ, темнота, мушки.

Чувство слуха разстраивается также часто. Какъ мы увидимъ, при душевныхъ болѣзняхъ разстройство органа слуха имѣетъ нерѣдко большое значеніе въ качествѣ этіологическаго момента. Здѣсь мы объ этомъ говорить не будемъ, а отмѣтимъ лишь, что чувствительность къ звукамъ тоже бываетъ увеличена при истеріи, маніи, лихорадочномъ бредѣ, неврастеніи и ослаблена (при ступорѣ и органическихъ страданіяхъ). Шумъ въ ушахъ, звонъ и другія субъективныя ощущенія, бывающія часто при неврастеніи, ипохондріи, галлюцинаторныхъ и конгестивныхъ формахъ, очень безпокоятъ больныхъ и даютъ поводъ къ слуховымъ иллюзіямъ и галлюцинаціямъ. Часто у галлюцинантовъ замѣчается неправильное отношеніе къ электрическому раздраженію слуховыхъ нервовъ.

Разстройство обонянія выражается также въ усиленіи, ослабленіи и извращеніи воспріятія запаховъ. Это бываетъ при истеріи, органическихъ заболѣваніяхъ носа; кромѣ того ослабленіе обонянія замѣтно при прогрессивномъ параличѣ и другихъ органическихъ психозахъ. У нѣкоторыхъ нервныхъ субъектовъ существуетъ иногда долгое сохраненіе ощущеніе запаха, связаннаго съ какимъ нибудь, сильно поразившимъ ихъ впечатлѣніемъ; такъ иной разъ лица, похоронившія близкихъ, долго чувствуютъ вполнѣ опредѣленный трупный запахъ. Ослабленіе обонянія бываетъ нерѣдко при прогрессивномъ параличѣ, энцефалитѣ, глубокомъ слабоуміи.

Разстройство вкуса можетъ быть понижено и извращено. При отсутствіи вкуса больные совершенно не разбираютъ того, что ѣдятъ; это особенно часто замѣтно у слабоумныхъ и у паралитиковъ; въ другихъ случаяхъ можетъ быть извращеніе вкуса, вслѣдствіе чего, напр., дѣлается противно мясо и другія пищевыя вещества. У больной, о которой я упоминалъ, говоря объ извращеніяхъ влеченія къ пищѣ, и которая имѣла непреодолимое влеченіе къ поѣданію земли—различные сорта земли вызывали весьма различное вкусовое ощущеніе; одни сорта нравились, какъ величайшее лакомство, другіе же казались безвкусными или непріятными; можетъ быть впрочемъ это находилось въ связи съ запахомъ земли.

Мышечное чувство тоже очень часто бываетъ разстроено. По всей вѣроятности, въ связи съ этимъ появляются и многія разстройства движеній у душевно-больныхъ, напр. каталептоидныя явленія. Очень часто больные испытываютъ, что ихъ физическая сила стала гораздо

больше, или, наоборотъ, что всѣ предметы стали необыкновенно тяжелы, такъ что они не могутъ поднять ихъ.

Общее чувство измѣняется весьма часто, при самыхъ разнообразныхъ болѣзняхъ. Такъ у ипохондриковъ органическія ощущенія большею частью очень многочисленны и интензивны, приковываютъ къ себѣ вниманіе и вліяютъ на самочувствіе. Иногда органическія ощущенія ослаблены и, можетъ быть, въ этомъ лежитъ основаніе бредовыхъ идей уничтоженія внутренностей. Съ ослабленіемъ органической чувствительности связаны разстройства въ аппетитѣ, въ половомъ влеченіи, въ сознаніи потребности къ мочеиспусканію и дефекаціи и зависящемъ отъ этого проявленіи нечистоплотности. Весьма важное значеніе имѣетъ разстройство органическихъ ощущеній, сопровождающихъ мозговые процессы, лежащіе въ основѣ психической дѣятельности. Повышеніе этихъ ощущеній даетъ впечатлѣніе увеличенія жизненнаго тонуса и вызываетъ свойственное маніакальному состоянію повышенное самочувствіе; ослабленіе ихъ даетъ ощущеніе жизненной вялости, свойственное состояніямъ депрессивнымъ. Иногда всѣ процессы интеллектуальные сопровождаются особымъ непріятнымъ или прямо мучительнымъ оттѣнкомъ. Больные говорятъ, что имъ больно думать. У другихъ всѣ ощущенія сопровождаются какимъ то страннымъ, незнакомымъ имъ оттѣнкомъ, поэтому они увѣряютъ, что на нихъ какъ то вліяютъ (бредъ тѣлеснаго вліянія), что ихъ самихъ подмѣниваютъ, превращаютъ въ другую личность. Одна наша больная, жалуясь на то, что все, что она ни воспринимаетъ,—она воспринимаетъ какъ то иначе, чѣмъ прежде, увѣряла, что ее превращаютъ изъ женщины въ мужчину: она чувствовала что и тѣло ея измѣняется, кости становятся длиннѣе, внутри происходятъ перемѣны. При наплывѣ ощущеній, сопровождающихъ мозговую дѣятельность, при неправильности сочетанія ихъ, получается мучительное ощущеніе безпорядочнаго вихря мыслей, неясности, спутанности. Вообще измѣненія со стороны общаго чувства играютъ громадную роль въ происхожденіи самыхъ разнообразныхъ разстройствъ со стороны интеллектуальной, эмоціональной и волевой сферы.

Къ разстройствамъ общаго чувства должно быть отнесено также разстройство чувства равновѣсія. Оно бываетъ при органическихъ заболѣваніяхъ, въ зависимости отъ пораженія мозжечка, области 3-го желудочка, а также и при психозахъ, связанныхъ съ страданіями уха, а иногда и глазъ, или съ разстройствами кровеобращенія въ полости черепа. Оно даетъ поводъ къ цѣлому ряду бредовыхъ идей и другихъ психическихъ проявленій (бредъ провала, потребность кружиться, хвататься, чувство страха)

Разстройства секреторной, вазомоторной и трофической дѣятельности нервной системы.

Секреторная дѣятельность при душевныхъ болѣзняхъ разстраивается довольно часто. Такъ, очень нерѣдко бываетъ увеличенное **отдѣленіе слюны**. При этомъ въ однихъ случаяхъ, какъ наприм. у паралитичныхъ, слабоумныхъ, въ большомъ количествѣ выдѣляется жидкая, водянистая слюна, которая и течетъ изо рта, въ другихъ случаяхъ, какъ наприм. при маніакальномъ состояніи, слюна пѣнистая, бѣлая, скопляющаяся по угламъ рта. Иногда слюны такъ много, что она, почти не переставая, вытекаетъ изо рта. Увеличеніе отдѣленія слюны (ptyalismus) бываетъ или въ связи съ раздраженіемъ лицевого и тройничнаго нерва (черезъ chorda tympani или n. auriculo-temporalis для околоушной железы и n. lingualis для подъязычной и подчелюстной) или съ раздраженіемъ симпатическаго нерва; въ первомъ случаѣ выдѣляется слюна водянистая, бѣдная органическими частями, во второмъ—густая, тянущаяся въ нитки. Увеличеніе отдѣленія слюны бываетъ часто рефлекторное — частью вслѣдствіе раздраженія изъ полости рта, частью изъ отдаленныхъ мѣстъ (при беременности, страданіи въ полости таза и живота); иногда большое количество слюны выдѣляется вслѣдствіе того, что существуетъ потребность постоянно отплевывать, напр. при вкусовыхъ иллюзіяхъ, идеяхъ отравленія. Нужно помнить, что многіе больные задерживаютъ упорно слюну во рту, не глотая ее, и приходится насильно открывать ротъ, чтобы его освободить отъ содержимаго; хотя слюны при этомъ вытекаетъ очень много, но это не значитъ, что ее выдѣляется больше нормальнаго количества: и въ нормальномъ состояніи слюны выдѣляется много, но мы ее глотаемъ.

Отдѣленіе слезъ тоже бываетъ измѣнено у душевно-больныхъ. Такъ, у нѣкоторыхъ больныхъ бываетъ очень уменьшено выдѣленіе слезъ. Многіе меланхолики жалуются, что они даже плакать не могутъ во время сильной тоски, и только, когда состояніе ихъ дѣлается нѣсколько легче, получаютъ снова способность плакать.

Отдѣленіе пота представляетъ часто значительныя измѣненія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кожа очень суха, испарины почти совсѣмъ нѣтъ; это особенно часто бываетъ у меланхоликовъ и паралитичныхъ, и при микседемѣ. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, количество испарины увеличивается до того, что бѣлье совершенно промокаетъ, напр. при психозахъ, соединенныхъ съ большимъ безпокойствомъ, страхомъ; испарина велика также при психозахъ, развившихся на почвѣ артритизма или страданія сердца. Иногда испарина выступаетъ каплями только на нѣкоторыхъ частяхъ тѣла, наприм. на одной сторонѣ лица, на груди

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ испарина у больныхъ носитъ особенный, напоминающій мышиный, запахъ, исчезающій при выздоровленіи. У двухъ идіотовъ отмѣчался особенный „мускусный" запахъ отъ ихъ пота. Впрочемъ еще не рѣшено, зависитъ ли запахъ отъ самой испарины или отъ увеличеннаго отдѣленія *продуктовъ* дѣятельности *сальныхъ железъ*, которое тоже наблюдается нерѣдко у душевно-больныхъ. Этимъ увеличеніемъ сала на кожѣ душевно-больныхъ въ значительной степени объясняются ихъ нечистота и необходимость въ частомъ употребленіи ваннъ и другихъ омовеній.

Очень часто у душевно-больныхъ наблюдаются измѣненія **вазомоторной дѣятельности** нервной системы. Такъ нерѣдко наблюдается рѣзкій ціанозъ конечностей, отеки, иногда такъ называемыя мѣстныя асфиксіи въ кистяхъ рукъ и ступняхъ. Всѣ эти явленія особенно часто наблюдаются у малоподвижныхъ (ступорозныхъ) больныхъ, но мѣстныя асфиксіи, въ видѣ похолоданія, синевато-красной окраски покрововъ можно замѣтить и вообще у больныхъ съ очень возбудимой вазомоторной системой, у неврастениковъ, истеричныхъ, тупоумныхъ, словомъ у больныхъ разнообразныхъ категорій. Общее похолоданіе кожи вслѣдствіе спазма вазомоторовъ замѣчается при многихъ формахъ съ депрессивнымъ состояніемъ. Въ другихъ случаяхъ замѣтна чрезмѣрная краснота кожныхъ покрововъ, чрезмѣрный жаръ въ конечностяхъ. У нѣкоторыхъ замѣтно появленіе рѣзкихъ красныхъ пятенъ въ мѣстахъ, до которыхъ дотрогиваются, такъ что можно, такъ сказать, дѣлать на кожѣ рисунки (дермографизмъ). Дермографизмъ проявляется у душевно-больныхъ большею частью не въ самой рѣзкой степени, т. е. не въ такой, какъ у нѣкоторыхъ истеричныхъ, у которыхъ при проведеніи по кожѣ ногтемъ, черезъ нѣсколько времени выступаетъ бѣлый довольно возвышенный валикъ, соотвѣтствующій проведенной чертѣ. У душевно-больныхъ чаще всего дѣло ограничивается тѣмъ, что на кожѣ появляется болѣе или менѣе быстро яркая краснота на мѣстѣ, гдѣ провели черту, иногда слегка возвышенная, но безъ значительнаго побѣлѣнія. Иной разъ мѣсто, по которому провели черту, нѣсколько зудитъ. Явленія дермографизма наблюдаются у истеричныхъ, у ипохондриковъ, у субъектовъ молодыхъ и истощенныхъ. Врядъ ли можно считать этотъ признакъ имѣющимъ особенно важное значеніе для діагностики преждевременнаго юношескаго слабоумія, какъ это думаетъ Крепелинъ

Къ вазомоторнымъ разстройствамъ относятся, можетъ быть, и нѣкоторыя явленія, сопровождающія аффектъ тоски. Нѣкоторые объясняютъ и боль, чувствуемую въ груди при тоскѣ, и то чувство отчаянія, которое при этомъ бываетъ, передачей раздраженія симпатическаго

нерва (сердечнаго сплетенія) на мѣстныя артеріи, чѣмъ между прочимъ вызывается спазмъ вѣнечныхъ артерій сердца.

Къ вазомоторнымъ явленіямъ относятся также наблюдаемыя у душевно-больныхъ кратковременные обмороки, ощущеніе жара въ головѣ, ощущенія головокруженія, затуманенія, измѣненія въ правильности дѣятельности сердца и характера пульсовой волны. Всѣ эти явленія бываютъ при разнообразнѣйшихъ формахъ; особенно часто отмѣчаются они у больныхъ, страдающихъ періодическими психозами.

Трофическія разстройства у душевно-больныхъ очень нерѣдки. Такъ очень часто мы замѣчаемъ рѣзкое похуданіе тѣла и измѣненіе кожи. Кожа очень часто дѣлается суше, темнѣе, морщинистѣе, такъ что лицо кажется старѣе, чѣмъ слѣдовало бы по возрасту больного; слой эпидермиса рѣзко утолщается. Иногда развивается своеобразная припухлость, слизистый отекъ при страданіяхъ щитовидной железы,— своеобразная отечность въ нѣкоторыхъ случаяхъ прогрессивнаго паралича. Иногда появляется eczema, herpes, psoriasis, отложеніе пигмента (nigrities), обезцвѣченіе, malum perforans pedis, фурункулы (иногда во множествѣ), пролежни. Пролежни бываютъ или медленно развивающіеся (главнымъ образомъ отъ неподвижности больныхъ, притомъ при отсутствіи надлежащаго ухода за чистотой), или быстро развивающіеся: первоначально является рѣзкая краснота, затѣмъ образуется пузырь, наполненный серозной жидкостью; подъ нимъ и около него быстро развивается омертвѣніе подкожной клѣтчатки, занимающее болѣе или менѣе глубокое пространство; при благопріятныхъ условіяхъ омертвѣвшая часть отдѣляется и пролежень заживается, въ другихъ же случаяхъ дѣло доходитъ до пораженій, проникающихъ до кости. Подобные пролежни чаще всего бываютъ на ягодицахъ, крестцѣ и въ области лодыжекъ и пятокъ.

У многихъ больныхъ очень легко развиваются кровоподтеки отъ малѣйшаго нажима, падаютъ зубы, ломаются ногти вслѣдствіе разстройства ихъ питанія, падаютъ волосы; иногда происходитъ довольно быстрое измѣненіе волосъ въ цвѣтѣ. У нѣкоторыхъ больныхъ, особенно съ сильнымъ возбужденіемъ и большой спутанностью, являются на различныхъ частяхъ покрововъ многочисленные пузырьки, иногда гнойники.

Особенный интересъ представляютъ замѣчаемыя у нѣкоторыхъ больныхъ измѣненія костей, вслѣдствіе чего переломы, наприм., реберъ и грудины легко получаются при небольшихъ насиліяхъ. Измѣненія костей особенно часто бываютъ у страдающихъ прогрессивнымъ параличемъ и при другихъ органическихъ психозахъ. Кости становятся очень тонки и потому ломаются отъ ничтожнаго давленія. Иногда происходитъ

такое измѣненіе костей, какъ при остеомаляціи. Микроскопическое изслѣдованіе пораженныхъ костей чаще всего обнаруживаетъ простую, но очень выраженную атрофію костной ткани. Такъ какъ больные чаще всего подвергаются насилію въ области реберъ и грудины, то при существованіи трофическихъ разстройствъ, именно эти кости и ломаются чаще всего. Этимъ въ значительной степени объясняются нерѣдко встрѣчающіеся у душевно-больныхъ переломы многихъ реберъ у одного больного. Подобныя же измѣненія бываютъ и въ костяхъ конечностей, чѣмъ обусловливаются переломы ихъ отъ простого паденія на полу. Проф. И. М. Поповъ видѣлъ переломъ бедра у больного, происшедшій при сниманіи сапогъ. Рядомъ съ измѣненіями костей бываютъ и измѣненія въ хрящахъ, особенно реберныхъ; они окостенѣваютъ и становятся хрупки.

Разстройствомъ трофическаго вліянія нервной системы обусловливается также появленіе у душевно-больныхъ кровяныхъ опухолей (гематомъ) на лбу, на ушахъ и другихъ мѣстахъ, въ мышцахъ. Особенный интересъ изъ нихъ представляетъ кровяная опухоль уха (othaematoma), о которой мы будемъ говорить, когда будетъ идти рѣчь о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ у душевно-больныхъ.

При прогрессивномъ параличѣ, особенно во второй половинѣ болѣзни, приходится наблюдать значительное мышечное похуданіе. Оно же наблюдается и при полиневритическомъ психозѣ, гдѣ впрочемъ обусловливается не только разстройствомъ вліянія нервной системы, но и самостоятельными измѣненіями въ мышцахъ (polymyositis). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ органическихъ психозовъ развиваются трофическія пораженія суставовъ.

Во многихъ случаяхъ при окончаніи болѣзни наблюдается отложеніе большого количества жира въ подкожную клѣтчатку. Можетъ быть это тоже обусловливается измѣненіемъ трофическаго вліянія нервной системы. У нѣкоторыхъ больныхъ, какъ мы сказали выше, является чрезмѣрная одутловатость, а иногда развивается и настоящая микседема.

Разстройства со стороны органовъ растительной жизни при душевныхъ болѣзняхъ.

Что касается другихъ системъ, кромѣ нервной, то разстройства въ нихъ тоже бываютъ нерѣдки при психическихъ болѣзняхъ, но значеніе ихъ не всегда одинаково. Иногда это суть случайныя осложненія, иногда они могутъ быть разсматриваемы какъ этіологическіе моменты въ развитіи психической болѣзни (какъ наприм., нѣкоторыя

страданія въ женской половой сферѣ), иногда же, какъ сопутствующее явленіе или симптомъ того же страданія, которое вызываетъ и разстройство въ психической сферѣ; такъ наприм., страданіе печени при алкогольныхъ психозахъ можетъ быть проявленіемъ вліянія злоупотребленія спиртными напитками, отъ котораго зависитъ и самъ психозъ. Во всякомъ случаѣ нужно всегда помнить, что связь между психическими болѣзнями и физическими разстройствами въ организмѣ можетъ быть весьма значительна, и потому надо изслѣдовать состояніе всѣхъ органовъ и при психическихъ разстройствахъ.

Изъ симптомовъ со стороны растительной жизни организма, являющихся при психическихъ болѣзняхъ, мы должны отмѣтить:

1. **Измѣненія въ органахъ пищеваренія.** Дѣятельность пищеварительныхъ органовъ нерѣдко измѣняется при душевныхъ болѣзняхъ. При большинствѣ болѣзней, при которыхъ психическая дѣятельность подавлена, является потеря аппетита (анорексія), дурной вкусъ во рту, обложенный языкъ, запахъ изо рта, вялость пищеваренія, наклонность къ запорамъ, такъ что больного не слабитъ безъ искусственныхъ мѣръ; иной разъ запоръ продолжается двѣ недѣли и болѣе; приходится принимать самыя энергичныя мѣры для послабленія и еле-еле удается добиться дефекаціи. Иной разъ каловыя массы становятся такъ тверды, что собственною силою больного не могутъ быть выведены и нужно механическое содѣйствіе. Возможность этого нужно имѣть въ виду даже у такихъ больныхъ, у которыхъ послабленіе въ маломъ количествѣ совершается хотя и ежедневно, но недостаточно. Въ случаѣ задержанія испражненій въ теченіе долгаго времени, могутъ явиться и отраженные симптомы (напр. бредовыя идеи вслѣдствіе ощущенія тяжести въ животѣ, сдавленія органовъ груди приподнятой діафрагмой, дурного вкуса во рту и т. п.), и явленія самоотравленія гнилостными продуктами.—Запоры у душевно больныхъ часто бываютъ какъ результатъ атоніи кишекъ, вызываемой произвольнымъ (подъ вліяніемъ бреда) задержаніемъ дефекаціи.

Кромѣ запоровъ у больныхъ съ подавленнымъ душевнымъ состояніемъ нерѣдко бываетъ разстройство всасыванія изъ кишечнаго канала, и пища проходитъ чрезъ него мало переваренной.

Наоборотъ, въ другихъ случаяхъ, при формахъ маніакальныхъ, нѣкоторыхъ неврастеническихъ формахъ и при слабоуміи бываетъ часто увеличенный аппетитъ, и кишечникъ работаетъ усиленно. Въ этихъ состояніяхъ больные иногда ѣдятъ самые неудобоваримые предметы, и тѣмъ не менѣе пищевареніе у нихъ не разстраивается.

Изслѣдованіе желудочнаго сока, произведенное у нѣкоторыхъ

больныхъ, показало, что во многихъ случаяхъ онъ измѣненъ: такъ у меланхоликовъ большею частью находятъ увеличенное количество соляной кислоты въ желудочномъ соку, тогда какъ у слабоумныхъ и паралычныхъ—уменьшенное. Повидимому, дѣятельность печени тоже страдаетъ при нѣкоторыхъ психическихъ болѣзняхъ, какова меланхолія и нѣкоторые токсическіе психозы. Иногда при этихъ болѣзняхъ замѣтно легкое желтушное окрашиваніе кожи.

Рвота бываетъ частымъ явленіемъ при алкоголизмѣ, при другихъ интоксикаціяхъ, уреміи, при полиневритическомъ психозѣ, при истеріи и при опухоляхъ мозга. У идіотовъ приходится наблюдать отрыганіе жвачки, какъ у животныхъ.

Мочеотдѣленіе тоже бываетъ часто разстроено у душевно-больныхъ. Въ началѣ психозовъ, въ остромъ періодѣ, особенно при ступаности бываетъ мало мочи и она красна. Что касается до количества мочи, то при меланхоліи вообще бываетъ значительное уменьшеніе выдѣленія мочи, иногда доходящее до 100 граммъ въ сутки. Уменьшеніе выдѣленія мочи бываетъ иногда какъ преходящее явленіе при истеріи (ischuria hysterica). Увеличеніе отдѣленія мочи бываетъ иногда при нѣкоторыхъ органическихъ психозахъ.

Изслѣдованіе удѣльнаго вѣса и химическое изслѣдованіе мочи душевно-больныхъ не дало строго опредѣленныхъ результатовъ, характерныхъ для той или другой формы. Однако въ отношеніи химическаго состава всетаки можно сдѣлать нѣкоторые выводы.

Такъ, количество мочевины и хлоридовъ находили уменьшеннымъ при меланхоліи и апатическихъ формахъ; въ другихъ же случаяхъ количество мочевины и хлоридовъ увеличено. Количество выдѣляемой фосфорной кислоты признается увеличеннымъ при маніи и при ажитированной меланхоліи, наоборотъ, при слабоуміи и идіотизмѣ оно уменьшено. Оно очень велико при возбужденіи съ сильнымъ истощеніемъ, также послѣ припадковъ эпилептиформныхъ и апоплектиформныхъ. Количество мочевой кислоты въ мочѣ вообще уменьшается при меланхоліи, прогрессивномъ параличѣ, эпилепсіи.

Нѣкоторые (Haig и др.) полагаютъ, что колебаніе въ выведеніи мочевой кислоты изъ организма имѣетъ большое значеніе для настроенія духа; такъ наприм. дурное настроеніе, по этому взгляду, происходитъ отъ избытка въ крови мочевой кислоты, что въ свою очередь можетъ зависѣть или отъ чрезмѣрнаго образованія ея въ организмѣ, или отъ малаго выведенія ея. Этимъ нѣкоторые думаютъ объяснить многія явленія неврастеніи и меланхоліи.

Д-ръ Краинскій находитъ, что количество выдѣляемой съ мочею

мочевой кислоты рѣзко уменьшается передъ припадкомъ эпилепсіи, и послѣ припадка наоборотъ увеличивается.

При неврастеніи и въ продромальномъ періодѣ прогрессивнаго паралича въ мочевомъ осадкѣ отмѣчается часто большое количество щавелекислаго кальція.

Д-ръ Johnson Smith, изслѣдуя мочу у здоровыхъ и душевно-больныхъ, нашелъ такія цифры, характеризующія химическій составъ мочи при различныхъ формахъ болѣзни [1]).

	Суточное количество мочи въ куб. центиметрахъ.	Общее суточное количество твердыхъ частей въ граммахъ.	Суточное количество мочевины въ граммахъ	Суточное количество мочевой кислоты въ граммахъ	Количество креатинина въ граммахъ.	Количество хлористаго натрія.	Количество фосфорной кислоты въ граммахъ
У здоровыхъ	1356,2	37,8	23,2	0,9	1,3	9,0	1,2
При меланхоліи . . .	1295,8	38,87	25,94	1,8	—	—	1,65
При эпилепсіи	1526,8	36,8	25,17	2,1	—	—	2,19
При вторичн. слабоуміи	1408	34,8	20,0	2,0	2,9	—	0,69
При прогрес. параличѣ.	1578	47,0	26,0	3,1	3,3	—	1,6

Нерѣдко у душевно-больныхъ встрѣчается въ мочѣ бѣлокъ; не говоря уже о психозахъ, связанныхъ съ Брайтовою болѣзнью, его находили при прогрессивномъ параличѣ, бѣлой горячкѣ, эпилепсіи, старческомъ слабоуміи, алкоголизмѣ, остромъ бредѣ, остро развивающемся безсмысліи. Д-ръ Кёппенъ въ своемъ изслѣдованіи, касающемся альбуминуріи у душевно-больныхъ, указываетъ, что очень нерѣдко съ мочею выдѣляется пропептонъ, опредѣляемый нѣсколько иначе, чѣмъ обыкновенный бѣлокъ (мочу подкисляютъ азотной кислотой, кипятятъ и охлаждаютъ; черезъ полчаса, а иногда и черезъ нѣсколько часовъ образуется осадокъ). Выдѣленіе пропептона замѣтно при формахъ, соединенныхъ со спутанностью сознанія, и увеличивается параллельно со степенью затемненія сознанія. По мнѣнію того же автора при такихъ же условіяхъ часто выдѣляется и обыкновенный бѣлокъ. Итальянскій психіатръ Марро наблюдалъ во многихъ случаяхъ прогрессивнаго паралича пептонурію, обнаруживаемую впрочемъ только при изслѣдованіи очень большого количества мочи (до 1000 к. цент.).

Сахаръ при душевныхъ болѣзняхъ, помимо психозовъ, зависящихъ

[1]) Прилагаемая таблица взята изъ сочиненія Régis'a

отъ сахарнаго мочеизнуренія, наблюдается рѣдко. Иногда онъ бываетъ при сифилисѣ мозга, при прогрессивномъ параличѣ и другихъ органическихъ психозахъ; отмѣчаютъ его въ нѣкоторыхъ случаяхъ остраго бреда, бѣлой горячки и эпилепсіи. У голодающихъ больныхъ появляется въ мочѣ ацетонъ, опредѣляемый химической реакціей и запахомъ. Большею частью появленіе его указываетъ на сильную степень истощенія больного и заставляетъ (при упорномъ отказѣ отъ пищи) немедленно прибѣгать къ искусственному кормленію при помощи зонда. Вышеупомянутый Марро, замѣчая ацетонъ въ мочѣ душевно-больныхъ, страдавшихъ страшными галлюцинаціями, приписывалъ ихъ именно содержанію ацетона.

Кромѣ химическихъ особенностей моча душевно-больныхъ представляетъ иногда и морфологическія особенности; такъ при состояніи спутанности, прогрессивномъ параличѣ, старческомъ слабоуміи встрѣчаются гіалиновые цилиндры, иногда кровь. Нужно прибавить, что иногда при душевныхъ болѣзняхъ та же самая причина, которая вызываетъ психическія измѣненія, вызываетъ разстройства во всемъ организмѣ, между прочимъ и въ почкахъ.

Въ послѣднее время обращено вниманіе на разницу, существующую между нормальною мочею и мочею у душевно-больныхъ по отношенію къ содержанію въ нихъ ядовитыхъ началъ (токсиновъ). Какъ извѣстно, всякая моча, даже совершенно здороваго человѣка, содержитъ значительное количество ядовитыхъ началъ и, будучи впрыснута кролику или собакѣ, можетъ убить животное. При этомъ, опытами (**Mairet**) установлено, что для того, чтобы произошла смерть, нужно впрыснуть собакѣ 100 куб. цент. мочи здороваго человѣка на каждый кило вѣса тѣла животнаго. Само собою разумѣется, что если количество токсиновъ въ мочѣ будетъ больше нормальнаго, то потребуется впрыснуть значительно меньшее количество ея, чтобы вызвать смерть животнаго. Изслѣдованія по отношенію къ ядовитости мочи у душевно-больныхъ дали до сихъ поръ не одинакіе результаты. Одни нашли, что моча душевно-больныхъ содержитъ токсиновъ меньше нормальнаго количества; другіе, именно **Mairet** и **Bosc**, нашли, что моча душевно-больныхъ, страдающихъ острыми формами, болѣе ядовита, чѣмъ нормальная моча, такъ что для того, чтобы вызвать смерть, достаточно ее впрыснуть вдвое или втрое меньше нормальнаго количества. При этомъ эти изслѣдователи подмѣтили, что впрыснутая моча оказываетъ и качественное вліяніе въ зависимости отъ того, отъ какого больного она взята; такъ моча, взятая отъ больного, страдающаго липеманическимъ

(т.-е. меланхолическимъ) ступоромъ, вызывала у животнаго состояніе, похожее на липеманическій ступоръ. Наоборотъ д-ръ Chevalier Lavaure, изслѣдуя мочу больныхъ острыми формами психозовъ, находилъ, что въ мочѣ душевно-больныхъ, особенно при маніи, содержится менѣе ядовитыхъ началъ, чѣмъ въ нормальной мочѣ, такъ что для того, чтобы убить животное, нужно ему впрыснуть мочи отъ больного вдвое бо́льшее количество, чѣмъ отъ здороваго человѣка. Этотъ авторъ думаетъ однако, что это тѣмъ болѣе доказываетъ зависимость душевныхъ болѣзней отъ самоотравленія, потому что будто бы указываетъ на то, что ядовитыя начала задерживаются въ изобиліи въ организмѣ.

Такимъ образомъ вопросъ о содержаніи токсиновъ въ мочѣ душевно-больныхъ нужно пока считать открытымъ.

2. **Измѣненія въ функціи половыхъ органовъ.** Мы уже указывали на то, что душевныя болѣзни имѣютъ очень большое вліяніе на интенсивность полового чувства. Объ этомъ здѣсь болѣе мы говорить не будемъ; теперь мы должны сказать только о чисто физической сторонѣ половыхъ отправленій. Съ этой стороны у многихъ больныхъ мужчинъ является полная временная или постоянная импотенція и сравнительно рѣдко бываетъ чрезмѣрно сильная эрекція (priapismus). При неврастеническихъ психозахъ, у дегенерантовъ и параноиковъ бываютъ частыя поллюціи или выдѣленія изъ простатической железы. Что касается до того, насколько душевная болѣзнь вліяетъ на дѣторожденіе, то въ этомъ отношеніи нельзя сдѣлать точнаго вывода; несомнѣнно что въ общемъ число дѣтей у душевно-больныхъ меньше, чѣмъ у здоровыхъ людей, даже если половая жизнь продолжается; но насколько это зависитъ отъ способности сѣмени и яичка къ оплодотворенію, этого нельзя опредѣлить. Вопросъ о способности къ оплодотворенію со стороны больного бываетъ важенъ въ судебныхъ процессахъ, когда возникаетъ сомнѣніе, слѣдуетъ ли считать ребенка, родившагося во время болѣзни лица, выдаваемаго за его отца, законнымъ наслѣдникомъ или нѣтъ. Вопросъ рѣшается въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ смотря по обстоятельствамъ дѣла; но слѣдуетъ помнить, что отрицать возможность зачатія отъ больного можно лишь на основаніи очень вѣскихъ данныхъ; несомнѣнны случаи, гдѣ очень тяжело больные (страдавшіе, напр., прогрессивнымъ параличемъ) имѣли дѣтей даже не въ первомъ періодѣ болѣзни.

У женщинъ часто бываетъ разстройство мѣсячныхъ очищеній. При острыхъ психозахъ бо́льшею частью регулы совершенно прекращаются на нѣсколько мѣсяцевъ и возвращаются только при наступающемъ поправленіи. Иногда впрочемъ регулы остаются во все время

болѣзни, и въ такомъ случаѣ почти всегда около времени ихъ появленія бываетъ экзацербація психическаго разстройства.

Разстройства въ менструаціяхъ при душевныхъ болѣзняхъ во многихъ случаяхъ обусловливаются вѣроятно тѣми общими измѣненіями въ организмѣ, которыя вызываютъ и измѣненія въ психической сферѣ.

Что касается беременности, появившейся до заболѣванія или въ теченіи его, то она обыкновенно протекаетъ по своимъ обычнымъ законамъ. Это нужно знать, такъ какъ иногда поднимается вопросъ, не слѣдуетъ ли произвести у душевно-больной искусственнаго выкидыша. Въ большинствѣ случаевъ сама по себѣ душевная болѣзнь не должна считаться поводомъ къ выкидышу.

3. Почти постоянно бываютъ при душевныхъ болѣзняхъ измѣненія въ кровообращеніи и зависящія отъ этого неправильности въ распредѣленіи крови (мѣстныя гиперемія, анеміи и застои). Разстройства сосудодвигательныя, выражающіяся въ приливахъ къ головѣ, ощущеніи жара или, наоборотъ, похолоданіи конечностей и всего тѣла, очень часты. Объ измѣненіяхъ въ сосудистой системѣ при аффектѣ тоски мы уже говорили. Рядомъ съ сосудистой системой часто разстраивается и дѣятельность сердца, является слабость его, неправильность въ ритмѣ, перебои. Иной разъ развивается расширеніе сердца (при травматическомъ неврозѣ, меланхоліи и пр.). Иногда разстройство со стороны сердца является какъ выраженіе той же болѣзни, которая вызвала и психическое разстройство (міокардитъ при алкоголизмѣ, гипертрофія сердца и расширеніе его при старческомъ слабоуміи), иногда оно является уже вслѣдъ за душевной болѣзнью, иногда же составляетъ одну изъ его причинъ. Но и помимо органическихъ заболѣваній при душевныхъ болѣзняхъ наблюдаются очень часто разстройства дѣятельности сердца, вызывающія измѣненія въ качествѣ пульса. Частота пульса рѣзко измѣняется при острыхъ психозахъ. Бо́льшею частью пульсъ частъ въ состояніяхъ возбужденія и рѣдокъ—въ состояніяхъ угнетенія, но это далеко не всегда: при меланхоліи нерѣдко пульсъ бываетъ очень частъ (число ударовъ доходитъ до 100—120 въ минуту) и при этомъ обыкновенно слабъ. У слабоумныхъ пульсъ бываетъ обыкновенно нормаленъ, и ускоряется только при возбужденіи (напр. отъ галлюцинацій).

Измѣнчивость пульса въ частотѣ (замедленіе до 30, 40 ударовъ въ минуту, въ другихъ случаяхъ — чрезмѣрное учащеніе) и силѣ и появленіе дикротизма составляютъ довольно частое явленіе при психозахъ. Особенно часто замѣчается неправильность въ дѣятельности сердца (аритмія, перебои), не обусловленная какими нибудь орга-

ническими измѣненіями въ сердцѣ, при состояніяхъ спутанности, при ступорѣ и кататоническомъ умопомѣшательствѣ. Что касается до напряженности пульса, то обыкновенно онъ бываетъ сжатый при меланхоліи и разслабленный при маніакальныхъ состояніяхъ. При слабоуміи бóльшею частію замѣчается медленное поднятіе и малое напряженіе пульсовой волны.

Сфигмографическія изслѣдованія пульса у душевно-больныхъ производились многими авторами, но еще не дали согласныхъ между собою результатовъ по отношенію къ различію пульса въ связи съ различіемъ формы душевнаго заболѣванія.

Первый, написавшій обстоятельную работу объ измѣненіяхъ пульса у душевно-больныхъ, былъ нѣмецкій врачъ Вольфъ. Онъ пришелъ къ заключенію, что у очень многихъ душевно-больныхъ замѣчается та особенность въ сфигмографической кривой, что *главное вторичное повышеніе нисходящей волны* является *слишкомъ низко*, т. е. вторичная волна запаздываетъ; пульсъ этотъ Вольфъ назвалъ медленнымъ (**pulsus tardus**); въ нѣкоторыхъ случаяхъ при этомъ бываетъ еще, что верхушка первой восходящей волны является не острой, а закругленной (**pulsus rotundo-tardus**); переходъ отъ медленнаго пульса къ нормальному Вольфъ видитъ въ обычно развитомъ у душевно-больныхъ дикротизмѣ. Особенно рѣзко выраженныя описанныя особенности пульсовой кривой Вольфъ находилъ у неизлѣчимыхъ слабоумныхъ больныхъ, но онъ встрѣчалъ его и у больныхъ излѣчимыхъ, хотя у послѣднихъ замѣчалась наклонность къ частому возвращенію пульсовой кривой къ нормальному ея виду. Вольфъ придавалъ своему наблюденію очень большое значеніе и связывалъ найденную имъ особенность съ какими-то особенностями нервной системы, *обусловливающими* душевныя болѣзни вообще; особенно убѣждало его въ этомъ то обстоятельство, что онъ нашелъ такую же особенность пульса у одного служителя, который *впослѣдствіи* заболѣлъ психически. Послѣдующія наблюденія въ значительной степени опровергли выводы Вольфа, и дѣло дошло до того, что нѣкоторыми авторами, какъ напр., Цигеномъ совершенно отрицалась какая бы то ни было особенность пульса душевно-больныхъ, другими же, хотя и признавались нѣкоторыя особенности, но и объяснялись онѣ главнымъ образомъ вліяніемъ аффектовъ, столь частыхъ у душевно-больныхъ. Однако изслѣдованія самыхъ послѣднихъ лѣтъ заставляютъ считать, что вопросъ еще далеко нельзя считать исчерпаннымъ. Пользуясь лучшими сфигмографами, нѣкоторые изъ англійскихъ врачей (**Greenlees** и **Whitweel**), а также и русскій психіатръ Н. А. Сокальскій [1]) нашли, что пульсъ душевно-больныхъ имѣетъ часто характер-

[1]) Сокальскій: „Изслѣдованіе пульса и давленія крови при острыхъ психозахъ“ Дисс. СПБ. 1897.

ныя особенности. Такъ, особенно рѣзкія измѣненія наблюдаются при состояніи спутанности, при которомъ на нисходящемъ колѣнѣ сфигмографической кривой замѣчаются уклоненія, съ одной стороны въ видѣ запаздыванія главнаго возвратнаго толчка,—съ другой въ видѣ появленія развитой „межуточной волны“ (между первой вершиной и возвратнымъ толчкамъ), характеризующей ту форму пульса, которая называется предикротической. Появленіе этого пульса объясняется между прочимъ повышеніемъ сопротивленія на периферіи артерій вслѣдствіе сжатія мелкихъ сосудовъ. Такая форма пульса встрѣчается особенно часто при спутанности и исчезаетъ при проясненіи сознанія.

Кромѣ сфигмометрическихъ изслѣдованій у душевно больныхъ производились также изслѣдованія артеріальнаго давленія (гл. обр. **art. temporalis**) при помощи сфигмоманометра Баша. Оказалось, что у душевно-больныхъ давленіе крови отличается гораздо меньшею устойчивостью, чѣмъ у здоровыхъ; есть указанія, что давленіе крови при тоскливыхъ состояніяхъ повышено, при экспансивныхъ—понижено; но это—не всегда.

Весьма большое значеніе имѣютъ при душевныхъ болѣзняхъ измѣненія въ самомъ составѣ крови. Въ этомъ отношеніи изслѣдованій сдѣлано было довольно много, но полученные результаты нельзя считать достовѣрными. По большинству изслѣдованій оказывается, что количество гемоглобина въ крови душевно-больныхъ вообще уменьшено, причемъ количество его меньше всего въ состояніяхъ слабоумія. Вотъ результаты, къ которымъ пришелъ англійскій врачъ **Johnson Smith**, сдѣлавшій многочисленныя изслѣдованія крови у душевно-больныхъ [1]).

	Гемоглобина	Красн. кров. клѣтокъ.	Удѣльный вѣсъ.
Въ здоровомъ состояніи. .	93%	5.106.000	1.056
При меланхоліи	69.7%	4.684.000	1.057
При эпилепсіи	62.8%	4.520.000	1.059
При прогрессивн. параличѣ	68.7%	4.700.250	1.060
При слабоуміи	53.7%	4.070.000	1.061

Изъ этой таблицы видно также, что удѣльный вѣсъ крови у душевно-больныхъ увеличивается. Количество кровяныхъ шариковъ у душевно-

1) Таблица взята изъ сочиненія Régis'a.

больныхъ оказывается меньше нормальнаго. При нѣкоторыхъ формахъ остраго безсмыслія, какъ показали изслѣдованія д-ра П. И Нечая, число красныхъ кровяныхъ шариковъ оказывается почти вдвое меньше нормальнаго. Я долженъ впрочемъ отмѣтить, что изслѣдованія крови, произведенныя въ Московской психіатрической клиникѣ, не могли подтвердить этого. Относительно измѣненія реакціи крови, а также качественнаго измѣненія въ кровяныхъ тѣльцахъ при душевныхъ болѣзняхъ намъ извѣстно довольно мало.

Что касается до качественнаго измѣненія кровяныхъ тѣлецъ, то нѣкоторые изслѣдователи находили ихъ очень значительными у нѣкоторыхъ больныхъ: отмѣчается чрезмѣрное увеличеніе величины красныхъ кровяныхъ шариковъ (макроциты), чрезмѣрное уменьшеніе ихъ (микроциты) и также то глубокое измѣненіе, которое характеризуетъ сильнѣйшія формы анеміи—пойкилоцитозъ. Описано было увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ клѣтокъ при бѣлой горячкѣ. Отмѣчалось также увеличеніе числа эозинофильныхъ элементовъ крови при нѣкоторыхъ психозахъ (менструальныхъ, пуэрперальныхъ, климактерическихъ, въ возбужденномъ состояніи прогрессивнаго паралича, при истеріи и эпилепсіи), также меньшую стойкость соединенія гемоглобина съ стромой кровяныхъ шариковъ. Нѣкоторые изслѣдователи находили въ крови больныхъ такими формами, какъ острый бредъ, спеціальныхъ микробовъ, но такія наблюденія единичны. Другіе находили, что сыворотка крови при нѣкоторыхъ душевныхъ болѣзняхъ болѣе способна убивать бактеріи, а при другихъ менѣе. Въ этомъ отношеніи заслуживаютъ вниманія наблюденія д-ра Идельсона, что бактерицидная способность сыворотки крови при прогрессивномъ параличѣ по отношенію къ staphylococcus pyogenes aureus не только рѣзко уменьшается, но въ большинствѣ случаевъ и совершенно пропадаетъ; Идельсонъ считаетъ эту бактерицидную реакцію патогномоничною для прогрессивнаго паралича.

4. **Измѣненія въ дыханіи** у душевно-больныхъ нерѣдки. Очень часто дыханіе у нихъ очень поверхностно, иногда актъ выдыханія продолжительнѣе акта вдыханія; иногда, особенно при тоскливомъ состояніи, дыханіе бываетъ толчкообразное; у меланхоликовъ отмѣчается несоотвѣтствіе между числомъ дыханій и числомъ пульсацій: въ нормальномъ состояніи на 1 дыханіе приходится 4 пульсовыхъ удара, а при меланхоліи 5 и 6. Недостаточная дѣятельность дыхательныхъ органовъ иногда вызываетъ наклонность къ легочнымъ заболѣваніямъ. При органическихъ психозахъ бываютъ приступы тяжелаго дыханія съ перерывами, напоминающими Шейнъ-Стоксовское дыханіе.

5. **Объ измѣненіяхъ въ железистомъ аппаратѣ** мы уже отчасти гово-

рили, когда была рѣчь о разстройствахъ нервной системы, выражающихся въ измѣненіи секреторной дѣятельности. Здѣсь слѣдуетъ добавить еще то, что самъ по себѣ железистый аппаратъ довольно часто страдаетъ при душевныхъ заболѣваніяхъ. Особенно часто встрѣчается совпаденіе заболѣваній щитовидной железы съ измѣненіями въ психической сферѣ. Такъ, при эндемическомъ кретинизмѣ существуетъ обыкновенно большой зобъ; наоборотъ, при спорадическомъ кретинизмѣ замѣчается отсутствіе щитовидной железы; ея уменьшеніе соединяется съ микседематознымъ помѣшательствомъ, увеличеніе — съ Базедовой болѣзнью. Я не могу здѣсь не отмѣтить, что мнѣ нерѣдко приходилось отмѣчать увеличеніе щитовидной железы въ состояніи экзальтаціи при круговомъ помѣшательствѣ.

6. Особеннаго вниманія заслуживаетъ **измѣненіе температуры тѣла** при душевныхъ болѣзняхъ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ душевныя болѣзни протекаютъ, какъ болѣзни безлихорадочныя и не сопровождаются повышеніемъ температуры тѣла, и потому, если мы при душевной болѣзни отмѣчаемъ повышенную температуру, то прежде всего должны тщательно опредѣлить, не обусловливается ли она какимъ нибудь осложненіемъ — общей инфекціонной болѣзнью, страданіемъ легкихъ, скрытымъ нагноеніемъ, копростазомъ и т. п. Однако несомнѣнно, что бываютъ случаи, когда повышенная температура является выраженіемъ самой душевной болѣзни. Здѣсь прежде всего долженъ быть отмѣченъ такъ наз. острый бредъ, который течетъ, какъ лихорадочная болѣзнь, причемъ повышеніе температуры, существующее почти во всю болѣзнь, временами доходитъ до 39° и 40°. Болѣзнь эта крайне опасна, бóльшею частью кончается смертью при истощеніи больного, и потому чрезвычайно важно какъ можно ранѣе опредѣлить ее и принять мѣры для сохраненія силъ больного. Затѣмъ повышеніе температуры, доходящее до 37,8° и 38,5° бываетъ иногда въ первые дни остро развивающагося безсмыслія, особенно при сильномъ безпокойствѣ больного. При бѣлой горячкѣ тоже бываетъ иногда повышеніе температуры, имѣющее обыкновенно дурное прогностическое значеніе. Повышеніе температуры бываетъ и при полиневритическомъ психозѣ, и при прогрессивномъ параличѣ. При послѣдней болѣзни нерѣдко бываетъ поднятіе температуры до 38°, 39° на одинъ, два дня; въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти временные подъемы температуры бываютъ такъ часто, что заставляютъ думать о маляріи, однако самое тщательное изслѣдованіе ея не обнаруживаетъ. Иногда такое измѣненіе со стороны температуры тѣла бываетъ за нѣсколько мѣсяцевъ до обнаруженія несомнѣнныхъ признаковъ прогрессивнаго пара-

лича и является такимъ образомъ симптомомъ продромальнаго періода этой страшной болѣзни. Повышенія температуры бываютъ также при эпилептиформныхъ и апоплектиформныхъ припадкахъ.

При душевныхъ болѣзняхъ иногда наблюдается и очень большое пониженіе температуры; наблюдались случаи съ температурой тѣла въ 22,5° и 24°. Большею частью это бывало незадолго до смерти у очень безпокойныхъ больныхъ или паралитиковъ. У ступорозныхъ больныхъ и больныхъ съ подавленіемъ душевной дѣятельности пониженіе температуры до 35° не составляетъ большой рѣдкости, и больные переносятъ такое пониженіе температуры безъ всякой замѣтной реакціи.

Относительно колебаній температуры у душевно-больныхъ тщательныя наблюденія были произведены В. М Бехтеревымъ. Онъ отмѣтилъ между прочимъ то, что передъ приступомъ періодической маніи температура иногда рѣзко падаетъ, а въ началѣ неистовства поднимается иногда до 38°; въ дальнѣйшемъ періодѣ температура опять остается нормальной. У слабоумныхъ идіотовъ замѣчены имъ появляющіяся безъ внѣшнихъ причинъ повышенія температуры до 38°,5 и пониженія до 35° и ниже. У нѣкоторыхъ больныхъ (напр., при періодической маніи) наблюдается болѣе высокая температура утромъ, чѣмъ вечеромъ, у другихъ наивысшая температура наблюдается не около 5—6 ч. вечера, а часовъ въ 12 дня (typus anteponens).

Къ вышеизложенному нужно еще прибавить, что иной разъ у душевно-больныхъ по отношенію къ температурѣ тѣла наблюдается та особенность, что такія болѣзни, которыя обычно сопровождаются очень высокой температурой (тифы, воспаленіе легкихъ),—здѣсь даютъ сравнительно небольшое повышеніе ея.

Кромѣ измѣненія общей температуры тѣла у душевно-больныхъ очень часто наблюдаются мѣстныя измѣненія: усиленный жаръ головы и лица, или, наоборотъ, чрезвычайное охлажденіе кожи особенно конечностей (при явленіяхъ мѣстной асфиксіи).

7. При душевныхъ болѣзняхъ нерѣдко разстраивается **общее питаніе всего организма.** Оно обнаруживается или въ появленіи рѣзко выраженнаго малокровія (даже иногда въ формѣ пернициозной анеміи), или, что гораздо чаще, въ измѣненіи вѣса тѣла.

Вѣсъ тѣла при душевныхъ болѣзняхъ представляетъ важныя колебанія. Въ началѣ острыхъ заболѣваній онъ обыкновенно рѣзко падаетъ: иногда каждый день больной теряетъ въ вѣсѣ фунтъ и болѣе; иногда суточныя паденія вѣса доходили до невѣроятной цифры—4-хъ килограммъ. Болѣе или менѣе рѣзкое паденіе продолжается нѣкоторое время, затѣмъ вѣсъ начинаетъ или прямо подниматься или колеблется въ ту или другую сторону. Затѣмъ при началѣ поправленія онъ начинаетъ повышаться. Иногда больные при выздоровленіи чрезмѣрно пол-

нѣютъ, и эта полнота держится нѣсколько мѣсяцевъ, даже лѣтъ послѣ выздоровленія. При этомъ чаще всего эта полнота обусловливается отложеніемъ жира въ подкожную клѣтчатку, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ однако эта полнота имѣетъ видъ специфической одутловатости, особенно рѣзкой на лицѣ; всего чаще это приходится наблюдать у параличныхъ больныхъ во время ремиссіи. Иногда чрезвычайное пополнѣніе бываетъ выраженіемъ глубокаго слабоумія.

Изслѣдованіе состоянія общаго питанія при помощи взвѣшиванія имѣетъ въ психіатріи большое значеніе; оно даетъ нерѣдко важныя указанія для діагностики и прогностики. Такъ, напр., если послѣ продолжительнаго паденія вѣса мы замѣчаемъ наконецъ начинающееся правильное прибавленіе вѣса, то это часто есть однимъ изъ первыхъ признаковъ предстоящаго выздоровленія. Наоборотъ, если по истеченіи многихъ мѣсяцевъ болѣзни происходятъ значительныя колебанія въ вѣсѣ, то это заставляетъ опасаться дурного исхода. — При психозахъ, обусловленныхъ грубыми анатомическими измѣненіями, существуетъ наклонность къ уменьшенію вѣса, особенно въ послѣднихъ періодахъ. У дегенерантовъ замѣчаются обыкновенно рѣзкія колебанія въ вѣсѣ. При періодическихъ (циркулярныхъ) психозахъ бываетъ иногда чрезвычайно рѣзкое измѣненіе въ вѣсѣ: такъ, во многихъ случаяхъ маніи въ началѣ приступа вѣсъ съ каждымъ днемъ увеличивается, а при меланхолическомъ приступѣ иногда съ каждымъ днемъ падаетъ на фунтъ и болѣе. Особенно сильно паденіе въ вѣсѣ тѣла бываетъ у больныхъ, отказывающихся отъ пищи. Нѣкоторые изъ нихъ доходятъ до такой степени истощенія, что становятся похожими на скелетъ, обтянутый кожей. П. И. Ковалевскій отмѣчалъ очень рѣзкое паденіе вѣса тѣла послѣ приступа падучей болѣзни.

Въ виду такого важнаго значенія вѣса тѣла въ душевныхъ болѣзняхъ, взвѣшиваніе душевно-больныхъ должно быть производимо довольно часто, по крайней мѣрѣ разъ въ мѣсяцъ, а правильнѣе разъ въ недѣлю, въ случаяхъ же очень острыхъ формъ или періодическихъ психозовъ — даже каждый день. При этомъ для наглядности удобнѣе чертить кривую вѣса на бумагѣ, раздѣленной на квадратики, наприм., на бумагѣ, раздѣленной на квадратные миллиметры, причемъ каждый миллиметръ по горизонтальной линіи считается за день, а каждый миллиметръ по вертикальной—за 100 граммъ.

Неправильности физическаго развитія у душевно-больныхъ. Кромѣ только что изложенныхъ измѣненій со стороны соматической сферы, у душевно-больныхъ мы находимъ нерѣдко цѣлый рядъ неправильностей физическаго развитія, каковы наприм., неправильная форма

черепа, непропорціональность въ развитіи отдѣльныхъ частей тѣла, неправильная форма ушей, неправильный ростъ зубовъ, расщепленіе твердаго нёба, заячья губа, сращеніе пальцевъ и т. п. Всѣ эти особенности, хотя и не составляютъ, собственно говоря, симптомовъ душевнаго заболѣванія, но имѣютъ очень большое значеніе для діагностики душевныхъ болѣзней. Бо̀льшею частью это — такъ называемые **физическіе признаки вырожденія**, которые бываютъ у субъектовъ, представляющихъ со стороны психической сферы признаки *психическаго* вырожденія. Одна и та же причина, вліяющая губительно на развитіе организма, вызываетъ съ одной стороны неправильное развитіе психической дѣятельности, а съ другой — неправильное развитіе отдѣльныхъ частей тѣла, проявляющееся въ различныхъ порокахъ развитія. Вслѣдствіе этого физическіе пороки развитія служатъ до нѣкоторой степени знаками, стигматами, по которымъ мы можемъ судить о недостаточности развитія организма вообще и слѣдовательно о недостаточности или неправильности въ развитіи органа психической дѣятельности—головного мозга; такимъ образомъ эти пороки развитія имѣютъ значеніе стигматовъ дегенераціи.

Въ виду того вниманія, съ которымъ современная психіатрія относится къ вопросу о дегенераціи, нужно довольно хорошо знать тѣ уклоненія въ строеніи организма, которыя служатъ физическими признаками вырожденія. Это тѣмъ болѣе необходимо, что не слѣдуетъ думать, что эти уклоненія или пороки развитія должны быть очень крупны, чтобы имѣть значеніе стигматовъ. Наоборотъ, есть нѣкоторые пороки развитія чрезвычайно мелкіе (какъ, наприм., неправильное строеніе нёба, неправильности зубовъ, ушей), на которые обыкновенный врачъ и не обратитъ вниманія, но которые для психіатра имѣютъ большое значеніе въ смыслѣ признаковъ, указывающихъ на почву заболѣванія. Въ виду этого я считаю нужнымъ подробнѣе остановиться на тѣхъ морфологическихъ особенностяхъ, которыя слѣдуетъ искать и отмѣчать у душевно-больныхъ.

Эти особенности могутъ существовать во всѣхъ отдѣлахъ организма, и мы начнемъ перечисленіе ихъ по порядку. Я долженъ, впрочемъ, отмѣтить, что это перечисленіе далеко не полно. Всѣхъ могущихъ встрѣтиться аномалій въ строеніи перечислить почти невозможно, и потому я ограничусь только главнѣйшими уклоненіями отъ обычнаго строенія.

1. **Со стороны головы** могутъ быть рѣзкія уклоненія отъ нормы въ зависимости отъ неправильности развитія костей черепа.

Неправильности въ развитіи костей черепа встрѣчаются у душевно-

больныхъ очень часто и обусловливаются разнообразными причинами. Такъ 1) иногда онѣ находятся въ зависимости отъ неправильнаго развитія головного мозга, (напр., при остановкѣ развитія мозга или при головной водянкѣ), 2) иногда въ зависимости отъ неправильнаго процесса окостенѣнія, 3) иногда отъ страданій костей (напр., сифилиса, рахитизма); 4) очень часто отъ ранняго заращенія того или другого шва или вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ, или вслѣдствіе ранней облитерации сосудовъ черепныхъ швовъ; 5) иногда отъ разстройства въ кровообращеніи подъ вліяніемъ неправильнаго положенія головы, какъ наприм., при torticollis, или 6) отъ неравномѣрной работы мышцъ, прикрѣпляющихся къ черепнымъ костямъ, или 7) отъ искусственнаго деформированія, наприм., стягиванія черепа въ раннемъ дѣтствѣ повязками, какъ это бываетъ у нѣкоторыхъ народовъ. У насъ въ Россіи эту искусственную деформацію можно видѣть на черепахъ, находимыхъ при раскопкахъ вблизи Керчи. Въ зависимости отъ всего этого бываютъ различныя уклоненія въ строеніи головы, опредѣляемыя осмотромъ, ощупываніемъ и измѣреніемъ при помощи особыхъ инструментовъ, о которыхъ будетъ сказано въ главѣ о діагностикѣ.

Наиболѣе частыя морфологическія особенности головы таковы:

а) Микроцефалія—малоголовіе; при этомъ, если всѣ части головы пропорціонально уменьшены, то это будетъ *наноцефалія*, если же уменьшены особенно кости черепного свода (лобная и теменныя кости), а не основанія черепа, то это—голова *типа „ацтековъ"*.

б) Макроцефалія (въ малыхъ степеняхъ—*кефалонія*)—общее увеличеніе объема головы; при этомъ, если голова напоминаетъ шаръ, суженный книзу, причемъ лицо сравнительно мало, то это чаще всего указываетъ на гидроцефалическое происхожденіе большеголовія.

в) Плагіоцефалія или косоголовіе; при этомъ голова несимметрична, наприм., такъ, что передняя часть на одной половинѣ болѣе развита, чѣмъ передняя часть на другой. Косоголовіе встрѣчается довольно часто и обусловливается въ большинствѣ случаевъ заращеніемъ одной половины вѣнечнаго шва (sutura coronaria). По извѣстному закону, установленному Вирховымъ, преждевременное заращеніе шва вызываетъ остановку роста костей черепа въ направленіи, *перпендикулярномъ зарастающему шву*; слѣдовательно при заращеніи одной, наприм., лѣвой половины вѣнечнаго шва будетъ остановка роста лѣвой половины черепа въ продольномъ направленіи; правая же половина будетъ расти и иногда для компенсаціи развивается больше, чѣмъ слѣдуетъ; такимъ образомъ черепъ и выйдетъ косымъ.

г) Скафоцефалія (лодкообразная голова), голова очень длинная,

напоминающая лодку или крышу, обусловливается заращеніемъ сагитальнаго шва.

д) Оксицефалія — голова сдавленная сзади и очень высокая, съ перпендикулярнымъ лбомъ.

е) Акроцефалія—голова удлиненная въ направленіи темени съ очень наклоненнымъ назадъ лбомъ.

ж) Платицефалія—голова очень низкая, плоская.

з) Трохоцефалія—круглоголовіе, голова въ видѣ шара.

и) Клиноцефалія — голова съ сѣдлообразнымъ вдавленіемъ на вершинѣ.

і) Сфеноцефалія — клинообразная голова, удлиненная, съ выдающеюся вершиной вѣнечнаго шва и приплюснутымъ теменемъ; обусловливается раннимъ заращеніемъ задняго родничка.

к) Тригоноцефалія—голова, передняя часть которой похожа на треугольникъ, обращенный вершиною впередъ; происходитъ отъ слишкомъ ранняго заращенія лобнаго шва.

л) Пахицефалія—голова съ чрезмѣрно короткимъ затылкомъ; нѣкоторые впрочемъ называютъ этимъ терминомъ черепа съ очень толстыми гипертрофическими стѣнками.

м) Натицефалія (отъ nates—ягодицы); при этой формѣ задняя часть головы представляетъ въ серединѣ глубокую впадину, раздѣляющую правую и лѣвую половину, на подобіе ягодицъ. Чаще всего эта форма головы бываетъ при врожденномъ сифилисѣ.

Кромѣ этихъ типичныхъ формъ голова больного можетъ представлять и другія рѣзкія измѣненія. Такъ иной разъ она бываетъ слишкомъ длинна (**долихоцефалія**) для человѣка данной расы, иногда слишкомъ широка (**брахицефалія**), иногда съ слишкомъ выдающимся впередъ лбомъ (**гипеpортогнатизмъ**). Своеобразное измѣненіе головы бываетъ вслѣдствіе ранняго зарастанія швовъ основанія черепа (**synostosis tribasilaris**); это наблюдается у кретиновъ, о которыхъ мы будемъ говорить ниже.

Кромѣ указанныхъ измѣненій на головѣ могутъ быть разнообразныя выпуклости, впадины, экзостозы, рубцы. Все это должно отмѣчаться при изслѣдованіи душевно-больныхъ, если мы желаемъ собрать наибольшее число отличительныхъ особенностей. Такимъ образомъ со стороны головы отмѣчается ея величина, асимметрія, признаки сдавленія, слишкомъ большое выстояніе теменныхъ бугровъ, затылка, слишкомъ узкій, косой или выдающійся лобъ, прямой затылокъ, высота или плоскость свода черепа, слишкомъ большія углубленія на мѣстѣ тѣхъ или другихъ швовъ, гребешки на мѣстѣ стрѣловиднаго и другихъ швовъ,

слишкомъ большое развитіе **lineae nuchae** и **protuberantiae occipitalis externae**, вдавленія, швы, экзостозы, рубцы и другія особенности, которыхъ всѣхъ перечислить нельзя.

2. Со стороны лица можетъ быть: 1) ненормальная величина (по отношенію длины и ширины) его сравнительно съ черепомъ, 2) такъ наз. прогнатизмъ, т. е. чрезмѣрное выступаніе впередъ передняго края челюстей (измѣряется величиною такъ наз. „лицевого угла") 3) чрезмѣрное выступаніе впередъ подбородка или очень малое развитіе его, 4) несоотвѣтствіе нижней челюсти съ верхней, чрезмѣрное выстояніе верхней или нижней челюсти, 5) чрезмѣрное развитіе скуловыхъ костей, 6) общій неправильный видъ лица (монгольскій или негритянскій типъ у людей кавказской расы, типъ ацтековъ, типъ кретиноидный), 7) Асимметрія лица (маленькія асимметріи бываютъ у многихъ людей, но у дегенерантовъ, идіотовъ, эпилептиковъ и др. асимметрія иногда бываетъ чрезвычайно велика. 8) Затѣмъ однимъ изъ значительныхъ признаковъ дегенераціи считается возвышеніе на нижнемъ углу нижней челюсти (отростокъ Альбрехта)—атавистическій признакъ, соотвѣтствующій строенію нижней челюсти у нѣкоторыхъ породъ животныхъ (напр., лемуровъ).

Далѣе къ аномаліямъ строенія лица будутъ относиться аномаліи въ отношеніи носа, глазъ, рта и другихъ частей, о которыхъ будетъ сейчасъ сказано.

3. Со стороны **носа** могутъ быть различныя уродства въ формѣ, длинѣ, выстояніи и ширинѣ, чаще всего искривленіе носа въ одну сторону, отсутствіе носовой перегородки, слишкомъ широкій носъ, сѣдлообразно сжатый, обращенный ноздрями кверху, облитерація носового отверстія, иногда врожденное отсутствіе носа. У дегенерантовъ иногда рѣзко бросается въ глаза ослабленіе чувства обонянія; бываетъ и полное врожденное отсутствіе обонянія.

4. Со стороны **глазъ** тоже существуютъ многочисленные признаки дегенераціи. Такъ, очень нерѣдко у дегенерантовъ бываетъ неправильное расположеніе орбиты: глаза или слишкомъ близки другъ отъ друга, или слишкомъ удалены; надбровныя дуги могутъ быть слишкомъ развиты. Со стороны вѣкъ можетъ быть суженіе глазной щели, неравномѣрность ея на обѣихъ сторонахъ, такъ-наз. монгольскій типъ глаза, неправильный ростъ рѣсницъ, ихъ сѣдина. Со стороны конъюнктивы иногда замѣчается чрезмѣрное налитіе ея, зачатки 3-го вѣка, врожденный птеригіонъ и пр. Самое глазное яблоко иногда слишкомъ выдается и не закрывается, какъ слѣдуетъ, вѣками; иногда глазъ слишкомъ малъ, иногда существуетъ врожденный недостатокъ глаза.

Роговая оболочка представляетъ иногда врожденныя помутнѣнія, аномаліи кривизны (астигматизмъ). Иногда старческая дуга на роговицѣ замѣтна у очень молодыхъ дегенерантовъ и идіотовъ.

Со стороны радужной оболочки можетъ быть врожденный недостатокъ ея, можетъ быть въ ней щелевидное отверстіе, можетъ быть неправильное положеніе зрачка (corectopia), можетъ быть нѣсколько зрачковъ (polycoria), отсутствіе зрачка (acoria), врожденная неравномѣрность зрачка; утробная membrana pupillaris можетъ существовать очень долго послѣ рожденія. Цвѣтъ радужной оболочки тоже можетъ представлять неправильности; такъ можетъ быть альбинизмъ, неравномѣрность окраски, пятна на радужной оболочкѣ, одинъ глазъ можетъ быть одного цвѣта, другой—другого. Со стороны хрусталика могутъ быть врожденныя катаракты, эктопія хрусталика и другія особенности. При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи обнаруживается иногда retinitis pigmentosa и др. врожденныя страданія сѣтчатки. Здѣсь же можно прибавить, что часто у дегенерантовъ бываетъ косоглазіе, нистагмъ и другія разстройства въ движеніи глазъ. Очень нерѣдко у дегенерантовъ замѣчается недостаточная зрительная способность, ослабленіе зрѣнія, съуженіе поля зрѣнія, дальтонизмъ, прогрессирующая близорукость, ведущая къ слѣпотѣ.

5. Со стороны **рта** наиболѣе частые признаки дегенераціи таковы: 1) **Губы** могутъ быть или чрезвычайно велики, или слишкомъ малы, такъ что не закрываютъ рта; онѣ могутъ быть выворочены слизистой оболочкой наружу; отверстіе рта можетъ быть слишкомъ узко; наконецъ очень часто замѣчается заячья губа. 2) **Твердое нёбо** можетъ быть или слишкомъ низко, или слишкомъ высоко; оно можетъ быть очень узко, ладьеобразно. Нерѣдко замѣчается расщепленіе нёба (faux lupina). 3) **Языкъ** можетъ быть слишкомъ великъ или слишкомъ малъ, отклоненъ въ сторону; иногда замѣчается атрофія языка, односторонняя или общая. Тутъ же можно отмѣтить, что у дегенерантовъ замѣчается иногда значительное ослабленіе вкусовой чувствительности. 4) Очень большое значеніе въ числѣ физическихъ признаковъ дегенераціи имѣютъ аномаліи **зубовъ**. У дегенерантовъ время развитія зубовъ часто бываетъ ненормальное. Такъ нѣкоторыя дѣти въ дегенеративныхъ семьяхъ рождаются съ зубами, у другихъ, наоборотъ, зубы являются только на 3-мъ году. Молочные зубы могутъ остаться иногда слишкомъ долго и не выпадать при появленіи вторыхъ зубовъ.

У каждаго душевно-больного нужно старательно осматривать зубы, чтобы опредѣлить ихъ количество, форму, взаимное расположеніе. Из-

вѣстно, что у взрослаго человѣка всего 32 зуба — по 16 въ каждой челюсти. Распредѣленіе ихъ выражается такою „зубною формулою“:

Рѣзц. $\frac{2-2}{2-2}$ клык. $\frac{1-1}{1-1}$ малые корен. $\frac{2-2}{2-2}$ больш. корен. $\frac{3-3}{3-3}$

Въ этомъ обозначеніи верхнія цифры соотвѣтствуютъ верхней челюсти, нижнія—нижней. Лѣвыя цифры соотвѣтствуютъ правой половинѣ, правыя—лѣвой. По этой формулѣ обыкновенно и отмѣчаютъ измѣненія, наблюдаемыя у душевно-больныхъ, со стороны зубовъ.

Измѣненія зубовъ могутъ касаться: a) ихъ числа: можетъ быть, наприм., отсутствіе, вслѣдствіе неразвитія, рѣзцовъ или коренныхъ зубовъ (отсутствія клыковъ не наблюдалось). Иногда могутъ быть лишніе зубы, наприм., 4-я пара большихъ коренныхъ зубовъ или оставшіеся молочные зубы. b) Можетъ быть неправильное расположеніе зубовъ: наприм., зубы сидятъ не на своемъ нормальномъ мѣстѣ; можетъ быть неправильное направленіе зубовъ (наприм. зубы растутъ вкось, повернуты впередъ краемъ и т. д.); иногда между зубами замѣчается слишкомъ большое разстояніе (особенно часто между рѣзцомъ и клыкомъ на верхней челюсти и между клыкомъ и переднимъ кореннымъ зубомъ на нижней. Это расположеніе соотвѣтствуетъ нормальному положенію зубовъ у обезьянъ и у нѣкоторыхъ низшихъ расъ людей). c) Можетъ быть измѣненіе въ объемѣ зубовъ (они могутъ быть слишкомъ велики, или, наоборотъ, слишкомъ мелки). d) Форма ихъ можетъ быть ненормальна. Особенно часто бываетъ зазубренность зубовъ и образованіе на нихъ рѣзкихъ вертикальныхъ бороздокъ по краю или полулунныхъ вырѣзокъ, какъ бы выѣденныхъ („зубы Гётчинсона“, указывающіе нерѣдко на врожденный сифилисъ).

Очень часто самыя челюсти развиты неправильно: верхняя челюсть не соотвѣтствуетъ нижней, вслѣдствіе чего нижніе зубы выступаютъ впередъ, или обѣ слишкомъ малы, и пр.

Слѣдуетъ прибавить, что у дегенерантовъ нерѣдко даже передніе зубы поражаются каріознымъ процессомъ въ самой ранней молодости.

6. Очень большое значеніе въ психіатріи имѣетъ **развитіе ушной раковины.** Вообще измѣненія органа слуха встрѣчаются у дегенерантовъ и идіотовъ очень часто. Здѣсь мы остановимся главн. образомъ на измѣненіяхъ въ строеніи ушной раковины. Такъ какъ мелкія неправильности въ формѣ ушной раковины должны особенно интересовать психіатровъ, то я и представляю рисунокъ нормальной ушной раковины, съ обозначеніемъ названій отдѣльныхъ частей ея.

Какъ извѣстно, въ ушной раковинѣ различаютъ выпуклыя части и углубленія. Выпуклыя слѣдующія: завитокъ (helix) съ его корнемъ (radix helicis); отъ послѣдняго кзади иногда продолжается въ горизонтальномъ направленіи гребешекъ завитка—crista helicis; затѣмъ — противузавитокъ (anthelix) который по направленію кверху раздѣляется на 2 ножки,—crura anthelicis (superius et inferius); наконецъ 2 бугорка — tragus и antitragus. Углубленія ушной раковины слѣдующія: fossa conchae, fossa scaphoidea и fossa intercruralis. Нижняя мягкая часть уха называется мочкой или сережкой уха—lobula. Выемка между tragus и antitragus называется incisura intertragica.

fossa intercruralis
crus superius
crus inferius
fossa scaphoidea
helix
anthelix
radix helicis
antitragus
tragus
meatus aud
f. conchae
lobula
incisura intertragica

Измѣненія со стороны строенія ушей бываютъ чрезвычайно разнообразны. Они касаются 1) длины и ширины его; ухо можетъ быть слишкомъ длинно или коротко, слишкомъ широко; одно ухо можетъ быть длиннѣе другого; 2) посадки и отстоянія уха—оно можетъ быть слишкомъ оттопырено, стоять почти подъ прямымъ угломъ къ головѣ, или слишкомъ прижато, 3) измѣненія могутъ касаться развитія отдѣльныхъ частей уха: а) можетъ быть измѣненъ завитокъ (helix) иногда онъ бываетъ развитъ очень мало или однѣ части его болѣе развиты, другія менѣе; на немъ могутъ быть складки, его корень можетъ быть развитъ слабо или сильно (такъ что дѣлитъ ушную впадину пополамъ). Задній отдѣлъ завитка неправильно развитъ (вывороченъ, приращенъ, направленъ въ сторону) его верхушка можетъ быть остроконечная (верхушка сатира), на границѣ верхней и средней его части можетъ быть возвышеніе (Дарвиновъ бугорокъ), б) противузавитокъ можетъ быть вдавленъ въ уровень съ ухомъ или выступать больше, чѣмъ завитокъ; его ножки могутъ быть плохо развиты, можетъ быть третья или даже еще нѣсколько прибавочныхъ ножекъ противузавитка, в) козелокъ (tragus) можетъ быть очень мало развитъ или на немъ можетъ быть лишній бугорокъ, г) противукозелокъ (antitragus) можетъ быть очень малъ, можетъ чрезмѣрно выдаваться, имѣть неправильную форму, д) ушная сережка или мочка (lobula) мо-

жетъ быть очень мала или чрезмѣрно длинна, она можетъ быть приращена своею внутренней поверхностью, можетъ быть неправильно изогнута, на ней могутъ быть борозды, она, наконецъ, можетъ быть раздвоена, е) наконецъ, иной разъ бываютъ врожденныя прободенія уха, какія нибудь прибавочныя части; иногда уши покрыты волосами.

Сочетанія разнообразныхъ измѣненій, находимыхъ въ ухѣ, даютъ ему своеобразныя формы, которыя и носятъ особыя наименованія (Морелевское ухо, ухо Вильдермута, ухо Дарвина); такихъ разновидностей можно насчитать десятки. Часто вообще неправильно развитыя уши называются „Морелевскими" по имени Morel'я, впервые обратившаго на нихъ большое вниманіе.

Значеніе неправильностей въ формѣ ушей по отношенію къ вопросу о дегенераціи заключается главнымъ образомъ въ томъ, что неправильности ушей у дегенерантовъ часто напоминаютъ по формѣ уши нѣкоторыхъ породъ обезьянъ и низшихъ расъ, и составляютъ такимъ образомъ то, что называется проявленіемъ атавизма. Особое значеніе въ въ этомъ отношеніи имѣетъ такъ-называемый Дарвиновъ бугорокъ, встрѣчающійся у нѣкоторыхъ дегенерантовъ. Онъ помѣщается на свободномъ краѣ завитка, на границѣ верхней и задней его части. По большинству авторовъ онъ имѣетъ значеніе атавистическаго признака и соотвѣтствуетъ угловатости ушей у многихъ млекопитающихъ. Это мнѣніе, впрочемъ, многими оспаривается и не можетъ быть признано достовѣрнымъ. Не мѣшаетъ прибавить, что повидимому ненормальности ушной раковины встрѣчаются чаще на лѣвой сторонѣ, чѣмъ на правой.

Очень нерѣдко у дегенерантовъ замѣчается недостаточное развитіе слуха, иногда полная глухота.

7. Что касается до **строенія туловища**, то съ этой стороны могутъ быть различныя аномаліи роста. Такъ, между дегенерантами попадаются великаны (гигантизмъ) и карлики (нанизмъ), и люди съ непропорціональными росту конечностями. Со стороны туловища бываютъ замѣтны также искривленія позвоночника (кифозъ, лордозъ, сколіозъ), неправильности въ строеніи грудной клѣтки (куриная грудь), недостатокъ реберъ, spina bifida. Иногда можетъ быть чрезмѣрное развитіе хвостцовыхъ позвонковъ (хвостатые люди), излишнее отверстіе надъ заднимъ проходомъ. Тутъ же нужно отмѣтить измѣненія въ щитовидной железѣ (отсутствіе или чрезмѣрное развитіе—зобатость).

Къ измѣненіямъ въ туловищѣ нужно причислить и аномаліи развитія грудныхъ железъ. Такъ, иногда бываетъ неразвитіе грудныхъ железъ у женщинъ или развитіе многихъ железъ (полимастія), или

чрезмѣрное развитіе грудныхъ железъ у мужчинъ (гинекомастія). Иногда у женщинъ грудныя железы располагаются слишкомъ низко и неправильно.

8. Со стороны **конечностей** можетъ быть: а) отсутствіе той или другой конечности, или отсутствіе того или другого сегмента конечности, сращеніе пальцевъ между собою; б) полидактилія или излишнее развитіе пальцевъ, синдактилія или сращеніе пальцевъ, брахидактилія—слишкомъ короткіе пальцы, гигантскіе пальцы, недостатокъ одного или нѣсколькихъ пальцевъ, барабанные пальцы, неравномѣрное развитіе ихъ, напр., слишкомъ короткій мизинецъ у идіотовъ, неправильная форма стопы, плоская стопа. Кромѣ того слѣдуетъ отмѣчать при осмотрѣ душевно-больныхъ на костяхъ конечностей слѣды рахитизма, сифилиса и слѣды дѣтскаго паралича въ видѣ мышечныхъ атрофій, контрактуръ, атетоза, различнаго рода искривленій стопы.

9. Большое значеніе у дегенерантовъ и идіотовъ имѣетъ развитіе **половыхъ органовъ.** У мужчинъ можетъ быть слишкомъ большой или слишкомъ малый половой членъ, онъ можетъ быть повернутъ неправильно, можетъ быть phymosis, epispadia, hypospadia въ разныхъ видахъ; часто бываетъ отсутствіе яичекъ въ мошонкѣ, крипторхизмъ и монорхизмъ. Очень часто половые органы у мужчинъ развиваются слишкомъ рано или слишкомъ поздно; нерѣдко форма члена у мальчика (въ видѣ языка колокола) свидѣтельствуетъ объ онанизмѣ. У женщинъ можетъ быть атрезія вагины, ненормальность мѣста полового отверстія, отсутствіе матки, увеличеніе большихъ и малыхъ губъ, увеличеніе клитора, отсутствіе отверстія въ дѣвственной плевѣ. Между дегенерантами попадаются и гермафродиты. Какъ чрезмѣрно раннее развитіе половыхъ признаковъ у мальчиковъ и дѣвочекъ (иногда въ раннемъ дѣтствѣ—появленіе грудей, волосъ на лобкѣ, менструаціи въ младенческомъ возрастѣ), такъ и слишкомъ позднее—составляютъ также проявленіе дегенераціи. Недоразвитіе половыхъ органовъ въ возмужаломъ возрастѣ составляетъ главную особенность того измѣненія въ общемъ строеніи тѣла, которое называется инфантилизмомъ.

Нужно прибавить, что различныя аномаліи половыхъ влеченій встрѣчаются особенно часто именно у дегенерантовъ.

10. Со стороны **кожныхъ покрововъ** у дегенерантовъ и идіотовъ встрѣчается тоже не мало аномалій. Такъ, очень часто бываетъ обильное количество родимыхъ пятенъ, иногда микседема, иногда рыбья кожа или старческая кожа у молодыхъ субъектовъ, кожа чрезвычайно легко поднимающаяся въ складки. Кромѣ того у лицъ невропатическихъ, принадлежащихъ къ дегенеративнымъ семьямъ, очень замѣтна неустойчивость сосудодвигательной системы, вслѣдствіе чего яв-

ляется то рѣзкое покраснение кожи, то поблѣднение, наклонность къ дермографизму. Не мѣшаетъ отмѣтить, что у дегенерантовъ часто находятъ на кожѣ слѣды татуировки и рубцы, слѣды раненій, какъ проявленіе странностей въ ихъ привычкахъ и образѣ жизни. Говоря о ненормальностяхъ со стороны кожи у дегенерантовъ, слѣдуетъ упомянуть и о томъ, что нерѣдко у нихъ приходится отмѣчать различныя аномаліи кожной чувствительности, чаще всего ослабленіе ея.

Волосы у дегенерантовъ часто тоже представляютъ аномаліи. У нѣкоторыхъ бываетъ слишкомъ мало волосъ, у другихъ слишкомъ много и они растутъ тамъ, гдѣ не слѣдуетъ; такъ, есть мохнатые люди, у которыхъ все тѣло покрыто густыми длинными волосами, есть женщины съ бородами и усами. Иногда бываетъ разный цвѣтъ волосъ на головѣ; иногда наступаетъ слишкомъ рано сѣдина. Ногти у дегенерантовъ часто растутъ неправильно, испорчены бороздами, слишкомъ ломки.

11. Къ физическимъ признакамъ дегенераціи нужно прибавить еще нѣкоторыя **измѣненія въ голосѣ и рѣчи**. Часто голосъ у дегенерантовъ ненормаленъ, наприм., у мужчинъ сохраняется дѣтскій голосъ до старости; иногда бываетъ отсутствіе голоса. Со стороны рѣчи — часто у идіотовъ и дегенерантовъ замѣчается нѣмота (бо́льшею частію глухонѣмота), или неправильности рѣчи въ формѣ заиканія, картавости, невозможности произносить нѣкоторые звуки. Очень часто у дегенерантовъ рѣчь развивается очень поздно.

12. **Общій видъ (habitus)** также бываетъ измѣненъ у дегенерантовъ. Часто поражаетъ непропорціональность въ размѣрахъ головы и туловища, туловища и конечностей, чрезмѣрная сутуловатость и пр. Кромѣ гигантизма и нанизма, о которыхъ мы говорили, нужно здѣсь имѣть въ виду такъ называемую микросоматію. Я называю этимъ терминомъ такой недостатокъ общаго развитія тѣла, при которомъ у человѣка очень малаго, карличьяго роста, размѣры головы находятся въ такомъ же отношеніи къ размѣрамъ другихъ частей тѣла, какъ у людей высокаго роста. Дѣло въ томъ, что у обычныхъ карликовъ голова чрезмѣрно велика по отношенію къ ихъ росту (такъ же, какъ у дѣтей), и мы привыкли на человѣкѣ малаго роста видѣть большую голову; а при микросоматіи размѣры головы въ отношеніи къ тѣлу сохраняютъ приблизительно то-же отношеніе, что у нормальныхъ взрослыхъ людей, но такъ какъ тѣло очень мало, то и голова поражаетъ своею малою величиною, что придаетъ субъекту птичій видъ; таковъ показывавшійся въ музеяхъ—человѣкъ-птица Добосъ Яносъ.

Къ аномаліямъ общаго строенія тѣла должна быть отнесена такъ называемая патологическая дѣтскость (infantilismus). Бываютъ

субъекты, достигшие средняго возраста вполнѣ, но сохранившіе въ своемъ тѣлѣ всѣ особенности дѣтскаго строенія—дѣтскіе половые органы, отсутствіе волосъ на лобкѣ и подъ мышкой, отсутствіе бороды и усовъ у мужчинъ,—отсутствіе грудей у женщинъ,—также своеобразный дѣтскій складъ сложенія, дѣтскій голосъ и бо́льшею частью дѣтскую степень развитія ума. Это и суть инфантилики. Бо́льшею частью при этомъ бываетъ нарушеніе дѣятельности щитовидной железы, вслѣдствіе чего развивается микседема (микседематозный инфантилизмъ или спорадическій кретинизмъ); но иной разъ мы не замѣчаемъ у такихъ людей признаковъ микседемы, и они граціозны и тонки (инфантилизмъ типа Лорена). Иной разъ бываетъ женское строеніе у мужчинъ, а мужское у женщинъ, или соединеніе мужскихъ и женскихъ признаковъ въ одномъ тѣлѣ (гермафродитизмъ).

Затѣмъ къ общимъ морфологическимъ измѣненіямъ организма должно быть отнесено также извращенное положеніе органовъ (сердце на правой сторонѣ, печень на лѣвой сторонѣ и пр.).

Нѣкоторыя изъ аномалій строенія внутреннихъ органовъ, наприм., незарощеніе Боталова прохода сердца, чрезмѣрная малость сердца или узкость аорты, чрезмѣрная ширина пахового канала, располагающая къ образованію паховыхъ грыжъ и т. п., служатъ также указателями неправильнаго хода тѣлеснаго развитія, но о нихъ я считаю здѣсь достаточнымъ лишь упомянуть, не входя въ детальное перечисленіе ихъ.

Таковы главные физическіе признаки дегенераціи, знаніе которыхъ необходимо для того, чтобы при изслѣдованіи больного ихъ отмѣчать, старательно осматривая все его тѣло. Нужно однако при этомъ помнить, что различныя аномаліи, которыя мы найдемъ при осмотрѣ тѣла больного, далеко не всегда нужно причислять къ признакамъ неправильнаго развитія. Такъ, нѣкоторые недостатки могутъ быть совершенно случайные, — наприм., отсутствіе пальцевъ, могущее быть отъ раненій, вдавленіе на черепѣ — отъ ушибовъ головы. Затѣмъ нужно помнить, что изъ аномалій, найденныхъ при осмотрѣ и указывающихъ, дѣйствительно, на аномаліи развитія, не всѣ имѣютъ одинаковую цѣнность, какъ указатели дегенераціи. Такъ, одни признаки, какъ наприм., нѣкоторыя неправильности головы, туловища, обязаны своимъ происхожденіемъ болѣзнямъ ранняго дѣтства (рахитизму, сифилису), слѣд. не составляютъ прирожденныхъ особенностей, а могутъ быть слѣдствіемъ неблагопріятныхъ условій жизни въ первые годы дѣтства. Такъ, несомнѣнно, многіе признаки являются несравненно чаще среди лицъ бѣднаго класса, чѣмъ классовъ состоятельныхъ напр.,

неправильности конечностей, уклоненія въ формѣ носа, послѣдствія рахитизма, монгольскій видъ лица (не только у насъ въ Россіи, гдѣ примѣсь монгольской расы въ населеніи естественно значительна въ виду историческихъ условій, но и въ Западной Европѣ). Однако и эти признаки нельзя оставлять безъ вниманія, потому что съ одной стороны сами условія, ихъ вызывающія (плохое питаніе, рахитизмъ, сифилисъ, золотуха), могли отразиться и на питаніи нервной системы и въ частности головного мозга, обусловивъ его недостаточность и расположеніе къ заболѣваніямъ, а съ другой и сами по себѣ такія болѣзни, какъ золотуха, рахитизмъ, могутъ быть у даннаго субъекта потому, что его организмъ представлялъ врожденную неустойчивость и податливость къ вліянію болѣзнетворныхъ агентовъ. Но какъ бы то ни было, значеніе этихъ признаковъ иное, чѣмъ тѣхъ, которые обусловливаются съ одной стороны патологической задержкой развитія индивидуума въ періодъ утробной жизни, какъ напр., гермафродитизмъ, эписпадія, гипоспадія, полидактилизмъ, микроцефалія, или такихъ, которыя суть проявленія наслѣдственной передачи признаковъ. Между послѣдними большой интересъ имѣютъ тѣ, которые нѣкоторыми натуралистами считаются за проявленіе атавизма, т.-е. аномаліи, соотвѣтствующія какимъ-нибудь особенностямъ въ строеніи организма у низшихъ расъ или у обезьянъ. Таковы нѣкоторыя формы неправильности ушной раковины (Дарвиновъ бугорокъ), нѣкоторыя уклоненія въ расположеніи зубовъ, чрезмѣрный прогнатизмъ, отростокъ Альбрехта, покрытіе всего тѣла волосами и пр.: особенный интересъ эти признаки имѣютъ въ виду существованія того взгляда на дегенерацію, котораго держится Ломброзо, что вырожденіе характеризуется, между прочимъ, обнаруженіемъ въ современномъ человѣкѣ тѣхъ свойствъ, которыя были присущи прародичамъ человѣка или ему самому въ періодъ его доисторическаго, почти дикаго состоянія.

Такимъ образомъ между такъ называемыми признаками дегенераціи нужно различать важные и неважные; одни, какъ наприм., нѣкоторыя неважныя особенности въ формѣ лица, небольшія уклоненія въ формѣ головы, хотя и могутъ быть рѣзко наслѣдственными (что, напр., подтверждается обзоромъ портретовъ многочисленныхъ представителей такихъ старинныхъ родовъ, какъ Габсбурги, Бурбоны), не имѣютъ большого значенія въ смыслѣ указателей на собственно вырожденіе, другіе же, наоборотъ, имѣютъ въ этомъ отношеніи очень большое значеніе; къ послѣднимъ принадлежатъ рѣзко выраженная микроцефалія, форма головы, свойственная кретинамъ, необыкновенная покатость лба, нѣкоторыя рѣзкія неправильности уха, зубовъ, твердаго нёба, недостатки

развитія пальцевъ, половыхъ органовъ,—какъ гермафродитизмъ, гипоспадія и другія уродства.

Многія изъ вышеописанныхъ уклоненій въ строеніи тѣла встрѣчаются, какъ было указано, у лицъ, не представляющихъ признаковъ уклоненій со стороны психической. Поэтому является вопросъ, насколько справедливо мнѣніе, что наличность этихъ признаковъ есть все-таки до нѣкоторой степени указаніе на существованіе предрасположенія къ нервнымъ и душевнымъ заболѣваніямъ, или это только предвзятое мнѣніе, обязанное своимъ происхожденіемъ поверхностности наблюденій нѣкоторыхъ изслѣдователей, особенно увлекающихся ученіемъ о дегенераціи и его приложеніемъ къ психіатріи и къ ученію о преступности. Вопросъ этотъ рѣшается на основаніи цѣлаго ряда изслѣдованій (правда все-таки еще не очень многочисленныхъ) въ томъ смыслѣ, что, дѣйствительно, перечисленныя морфологическія особенности у душевно-больныхъ наблюдаются въ бóльшемъ количествѣ, чѣмъ у здоровыхъ. Этотъ выводъ дѣлается изъ такого рода фактовъ: 1) если тщательно отмѣтить всѣ особенности въ строеніи у извѣстнаго количества здоровыхъ людей и у того же количества душевно-больныхъ, то окажется, что у душевно-больныхъ приходится такихъ особенностей значительно болѣе (по нѣкоторымъ изслѣдователямъ почти вдвое болѣе); 2) если считать, сколько областей тѣла представляютъ признаки неправильнаго развитія, то въ общемъ оказывается, что среднее число такихъ областей у душевно-больныхъ также значительно болѣе, чѣмъ у здоровыхъ; 3) если сравнивать число душевно-больныхъ, у которыхъ попадаются вышеописанныя аномаліи, и число душевно-здоровыхъ, то процентное отношеніе первыхъ къ общему числу изслѣдованныхъ будетъ значительно больше, чѣмъ процентное отношеніе вторыхъ. Это процентное отношеніе также больше у преступниковъ, чѣмъ у непреступниковъ 4) Изъ числа здоровыхъ, подвергнувшихся изслѣдованію и находящихся потомъ подъ наблюденіемъ въ теченіе довольно многихъ лѣтъ, заболѣло душевнымъ разстройствомъ болѣе лицъ, принадлежащихъ къ той группѣ, въ которой были значительныя аномаліи въ строеніи тѣла; это доказываетъ, что наличность физическихъ признаковъ дегенераціи указываетъ на бóльшее расположеніе къ душевнымъ заболѣваніямъ. 5) Если сравнивать количество аномалій строенія у больныхъ, представляющихъ указанія на наслѣдственность, съ тѣми, у которыхъ такихъ указаніи нѣтъ, то оказывается, что число аномалій у первыхъ значительно болѣе. Наконецъ, 6) въ наиболѣе тяжелыхъ формахъ недоразвитія мозга замѣчается и наибольшее количество аномалій, притомъ особенно важ-

ныхъ. Все это заставляетъ признать за вышеописанными аномаліями несомнѣнное значеніе какъ признаковъ, довольно тѣсно связанныхъ съ расположеніемъ къ душевнымъ заболѣваніямъ и невропатической наслѣдственностью; поэтому они и заслуживаютъ названіе „физическихъ признаковъ дегенераціи“.

Однако нужно помнить, что совершенно такіе же признаки и притомъ въ довольно большомъ количествѣ встрѣчаются и у совершенно здоровыхъ людей, не отягченныхъ наслѣдственностью и расположеніемъ къ душевнымъ болѣзнямъ; нужно помнить, что врядъ ли есть хоть одинъ человѣкъ, у котораго при тщательномъ изслѣдованіи нельзя бы было найти одного, двухъ или трехъ признаковъ неправильнаго развитія. Поэтому присутствіе у больного двухъ или трехъ такихъ признаковъ, особенно не принадлежащихъ къ категоріи важныхъ, вовсе не служитъ доказательствомъ дегенераціи даннаго индивидуума. Для заключенія о дегенераціи нужно констатированіе нѣсколькихъ достаточно важныхъ физическихъ признаковъ вырожденія и наряду съ этимъ —психическихъ признаковъ, характеристичныхъ для вырождающихся. При этомъ нужно всегда взвѣшивать и вліяніе *расовыхъ особенностей*, потому что многое, что считается аномаліей для людей одной расы, составляетъ явленіе нормальное для людей другой расы.

Теченіе душевныхъ разстройствъ и исходы ихъ.

Симптомы, которыми проявляются душевныя заболѣванія, являясь въ извѣстной совокупности, даютъ, какъ мы знаемъ, картину того или другого психическаго состоянія. Мы въ началѣ курса уже изложили различные виды психопатическихъ состояній. Эти психическія состоянія обыкновенно не остаются совершенно неизмѣнными даже у одного и того же больного; съ теченіемъ времени и съ теченіемъ болѣзни они измѣняются, и состояніе одного рода переходитъ въ другое. Такъ, очень нерѣдко въ началѣ заболѣванія мы имѣемъ состояніе психической неуравновѣшенности, потомъ меланхолическое состояніе, а потомъ состояніе спутанности, потомъ состояніе слабоумія. Въ другихъ случаяхъ состояніе неуравновѣшенности, которое бываетъ въ началѣ болѣзни, переходитъ въ состояніе маніакальное или параноидальное, или прямо въ слабоуміе. Все зависитъ отъ того, какая форма болѣзни существуетъ у больного и какую конституцію представляетъ самъ больной. Въ зависимости отъ этого изъ послѣдовательной смѣны психопатическихъ состояній слагается картина болѣзненнаго процесса.

Съ теченіемъ болѣзненныхъ процессовъ у душевно-больныхъ мы и должны теперь познакомиться.

При душевныхъ болѣзняхъ намъ почти всегда приходится ограничиваться изученіемъ теченія одной только клинической картины болѣзненнаго процесса, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ соотвѣтствующихъ ему анатомическихъ измѣненій при современномъ положеніи науки мы не можемъ знать, тогда какъ клиническая картина теченія психозовъ доступна нашему наблюденію. Нужно впрочемъ прибавить, что и относительно изученія клинической картины психозовъ условія не особенно хороши. Въ самомъ дѣлѣ: проявленія душевныхъ болѣзней вообще чрезвычайно сложны и разнообразны: это разнообразіе увеличивается еще вліяніемъ индивидуальности лица, у котораго развилась болѣзнь, и обстановкою лѣченія. Кромѣ того душевныя болѣзни тянутся обыкновенно долгое время, больные переходятъ отъ одного врача къ другому и часто приходится относительно самыхъ интересныхъ перемѣнъ въ состояніи больного дѣлать заключеніе по краткимъ свѣдѣніямъ исторій болѣзни, при составленіи которыхъ очень часто имѣютъ большое значеніе и личныя особенности наблюдателя, вслѣдствіе чего факты передаются не вполнѣ объективно. Вслѣдствіе всего этого чрезвычайно трудно сдѣлать вѣрныя обобщенія и представить вѣрную картину послѣдовательной смѣны явленій, которая должна служить типомъ. Этимъ объясняется то, что до сихъ поръ относительно очень многихъ формъ душевныхъ болѣзней мы не имѣемъ достаточно точной типической клинической картины всей болѣзни, и въ этой области правильному наблюденію предстоитъ еще много плодотворной работы.

По своему теченію психическія заболѣванія раздѣляются, какъ и соматическія, на **острыя** и **хроническія**. Эти термины употребляются въ психіатріи однако не совсѣмъ въ томъ смыслѣ, какъ въ другихъ отдѣлахъ патологіи. Такъ, наприм., „острая" психическая болѣзнь въ большинствѣ случаевъ тянется нѣсколько мѣсяцевъ, а то и цѣлый годъ и болѣе; лихорадочнаго состоянія при „острыхъ" душевныхъ болѣзняхъ тоже почти никогда не бываетъ. Въ психіатріи „острыми" болѣзнями называются такія, которыя развиваются довольно быстро и начальный періодъ которыхъ, дѣйствительно, имѣетъ острое теченіе. Эти формы большею частью такія, при которыхъ есть надежда на то, что болѣзнь кончится благополучно, т.-е. выздоровленіемъ; оттого въ большинствѣ случаевъ терминъ „острая форма" обозначаетъ „излѣчимую форму". Наоборотъ, терминомъ „хроническая форма" обозначаются обыкновенно такія болѣзни, которыя почти не даютъ надежды на излѣченіе и ко-

торыя поэтому тянутся очень долго. Иногда онѣ бываютъ самостоятельны, при чемъ начало ихъ постепенное, медленное; иногда же онѣ развиваются изъ острыхъ формъ, какъ ихъ исходы. Такъ, наприм, болѣзнь можетъ начаться острою формой—меланхолией; до поры, до времени надежда на излѣчение еще остается, и въ большинствѣ случаевъ болѣзнь въ теченіи отъ 8 до 12 мѣсяцевъ кончается выздоровленіемъ; но въ нѣкоторыхъ неблагопріятныхъ случаяхъ болѣзнь не кончается выздоровленемъ, а черезъ годъ, черезъ два пріобрѣтаетъ такія черты, что мы принуждены сказать, что меланхолія уже кончилась, а началась другая форма—вторичное слабоуміе. Вторичное слабоуміе есть уже хроническая неизлѣчимая форма.

Иной разъ бываетъ, что у одного и того же больного рядомъ существуютъ: и приступъ остраго душевнаго разстройства, и хроническая душевная болѣзнь Это особенно часто приходится наблюдать въ случаяхъ психозовъ, связанныхъ съ какой нибудь дегенерацией, наслѣдственной, алкогольной или какой либо иной. Весьма нерѣдко *на почвѣ дегенераціи* развивается *острое* психическое разстройство: *оно* можетъ при благопріятныхъ условіяхъ пройти, но тѣ проявленія психическаго разстройства, которыя составляли выраженіе дегенеративной конституціи, остаются въ видѣ *хронической* болѣзни.

Острыя душевныя болѣзни продолжаются различное время. Какъ я сказалъ, чаще всего онѣ тянутся нѣсколько мѣсяцевъ (именно отъ 4-хъ до 9 мѣсяцевъ) Но острая болѣзнь иногда можетъ продолжаться и годъ, и два, и даже болѣе. Есть однако случаи, гдѣ болѣзнь течетъ чрезвычайно быстро, всего немного дней и недѣль, какъ, наприм, острый бредъ и нѣкоторыя формы остраго галлюцинаторнаго помѣшательства. Иногда формы съ такимъ очень быстрымъ теченіемъ обозначаются терминомъ: „острѣйшая форма“ (acutissima).

Иногда бываютъ заболѣванія, продолжающіяся всего нѣсколько часовъ; въ такомъ случаѣ форма называется: „скоропреходящая“ (transitoria)

Бываютъ случаи, гдѣ болѣзнь развивается довольно постепенно, но все-таки назвать ее хроническою нельзя. Тогда ее называютъ подъострой (subacuta).

Нельзя не сознаться, что во всей этой терминологіи много неопредѣленнаго; поэтому эти термины теперь употребляются все рѣже и рѣже, и, по всей вѣроятности, при дальнѣйшемъ развитіи нашихъ знаній они замѣнятся другими, болѣе подходящими.

Періоды болѣзни. Въ большинствѣ случаевъ душевная болѣзнь совершаетъ свое теченіе, проходя черезъ нѣсколько періодовъ. Этимъ

періодамъ соотвѣтствуетъ обыкновенно смѣна различныхъ психопатическихъ состояній, такъ что болѣзнь представляется совершающею извѣстное правильное теченіе, одинаковое для большинства типичныхъ случаевъ. Первый періодъ — продромальный, періодъ предвѣстниковъ, чаще всего обнаруживается явленіями неустойчиваго равновѣсія въ душевной сферѣ. Такъ какъ у многихъ индивидуумовъ и въ нормальномъ состояніи существуетъ порядочная неуравновѣшенность, то очень нерѣдко начало душевныхъ болѣзней совсѣмъ не замѣчается окружающими: особенно это бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзненное нарушеніе равновѣсія начальнаго періода выражается чрезмѣрнымъ развитіемъ тѣхъ свойствъ, которыя присущи характеру заболѣвающаго, или гдѣ болѣзнь развивается вслѣдъ за какимъ нибудь поводомъ, который и здороваго человѣка можетъ вывести изъ состоянія равновѣсія, какъ напр., сильное огорченіе, испугъ, истощеніе. Какъ бы то ни было, въ большинствѣ случаевъ въ началѣ заболѣванія является лишь измѣненіе самочувствія, раздражительность, чрезмѣрная впечатлительность, наклонность къ навязчивымъ идеямъ, къ одностороннему воспріятію впечатлѣній, къ односторонней окраскѣ; утомляемость, неспособность заниматься, несдержанность, безпокойство, неусидчивость, метаніе изъ стороны въ сторону; часто довольно рѣзко выступаютъ на первый планъ проявленія эгоизма, надоѣдливость по отношенію къ окружающимъ. Рядомъ съ психическими симптомами обнаруживаются и физическіе — измѣненія мимики, выраженія глазъ; сонъ дѣлается тревожнымъ, являются головокруженія, головныя боли; больные жалуются, что голова плохо работаетъ, впечатлѣнія не усваиваются, или при мышленіи чувствуется какое то тягостное ощущеніе; многіе сознаютъ совершающееся въ нихъ измѣненіе, нетерпѣливо жалуются своимъ близкимъ и знакомымъ и настойчиво ищутъ врачебной помощи.

Это—одно проявленіе періода предвѣстниковъ, наблюдаемое обыкновенно при психозахъ функціональныхъ; но часто бываетъ и другое. Такъ, при органическихъ психозахъ иногда не столько замѣтна раздражительность, усиленная впечатлительность, сколько умственная слабость, проявляющаяся въ разсѣянности, забывчивости, проявленіи отупѣлости и глуповатости.

Періодъ предвѣстниковъ продолжается различное время; иной разъ онъ длится лишь нѣсколько дней и недѣль, иногда же его можно прослѣдить за нѣсколько мѣсяцевъ или даже лѣтъ до начала рѣзко выраженныхъ симптомовъ второго періода; лишь въ немногихъ случаяхъ его совсѣмъ нѣтъ, какъ напр., при психозахъ вслѣдствіе отравленія угаромъ, послѣ необыкновенно сильныхъ моральныхъ потрясеній или

при психозахъ, развивающихся непосредственно изъ какой нибудь острой болѣзни, какъ тифъ, острый ревматизмъ сочлененій, воспаленіе легкаго. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ періодическихъ психозовъ приступъ болѣзни тоже развивается совершенно внезапно.

Второй періодъ—періодъ разцвѣта или развитія болѣзни—обыкновенно проявляется въ быстромъ или постепенномъ измѣненіи всей личности, измѣненіи содержанія сознанія и влеченій, причемъ признаки разстройства эмоціональной сферы (сферы душевнаго чувства) выражены почти всегда въ этомъ періодѣ очень рѣзко. Въ этомъ періодѣ бываетъ особенно часто или чрезвычайно рѣзко выраженное тоскливое состояніе,—причемъ отчаяніе влечетъ человѣка къ самоубійству,—или сильная экзальтація, экспансивное возбужденное состояніе, влекущее больного къ неустанному передвиженію, безконечному говоренію, проповѣдыванію, мотовству, безцѣльнымъ покупкамъ и пр. Въ это время самочувствіе уже настолько измѣняется, что нѣкоторые больные ощущаютъ себя совсѣмъ иными, чѣмъ они были въ здоровомъ состояніи; они иначе чувствуютъ, иначе воспринимаютъ, складъ мыслей и дѣйствій ихъ совсѣмъ иной. Очень часто при этомъ актъ мышленія нарушается: дѣлается или крайне одностороннимъ, или прямо неправильнымъ; являются или загроможеніе мысли, или вихрь идей, или неправильные ложные выводы, или, наконецъ, полная спутанность и безсмыслie.

Смотря по формѣ болѣзни, явленія, которыми будетъ обнаруживаться періодъ развитія ея, весьма различны, и мы познакомимся съ ними ниже. Здѣсь мы должны отмѣтить лишь то, что въ этомъ періодѣ происходитъ обыкновенно рѣзкое нарушеніе *гармоніи* отдѣльныхъ душевныхъ процессовъ, борьба между здоровыми элементами личности и проявленіями болѣзни, причемъ послѣднія постепенно наростаютъ и все болѣе и болѣе господствуютъ въ душевной жизни, заслоняя собою или даже совсѣмъ угнетая нормальныя проявленія личности.

Смотря по интенсивности болѣзни и по ея свойству, эта побѣда болѣзненныхъ проявленій надъ нормальными свойствами личности будетъ то полнѣе, то слабѣе, то медленнѣе, то быстрѣе, въ зависимости отъ чего картина болѣзни въ этомъ второмъ періодѣ будетъ различна. Иной разъ дѣло идетъ необыкновенно скоро, какъ напр., въ случаяхъ остро развивающагося безсмыслія, или первичнаго слабоумія, при приступахъ эпилептическаго психоза, когда нормальныя свойства съ каждымъ днемъ, иногда съ каждымъ часомъ, или даже мгновенно, подавляются и извращаются болѣзнью,—въ другихъ же случаяхъ, какъ напр., при хро-

ническомъ первичномъ помѣшательствѣ, періодъ развитія тянется нѣсколько лѣтъ.

Отличительнымъ свойствомъ его считается рѣзкое проявленіе разстройства эмоціональной сферы, наличность **аффектовъ** разнаго характера. Это разстройство эмоціональной сферы является естественной реакціей того глубокаго измѣненія самочувствія, которое происходитъ подъ вліяніемъ органическихъ ощущеній, сопровождающихъ болѣзненное измѣненіе личности.

Развившись до той или другой степени, болѣзнь переходитъ въ третій періодъ. Третій періодъ—періодъ стаціонарный или полнаго развитія болѣзни—начинается съ того времени, когда болѣзнь достигла вершины (**acme**) своего развитія, и тянется болѣе или менѣе долгое время, причемъ симптомы остаются довольно однообразны, представляя лишь колебанія въ своей интенсивности. И въ этомъ періодѣ, смотря по формѣ болѣзни, симптомы ея у различныхъ больныхъ бываютъ очень разнообразны; въ отличіе отъ второго періода здѣсь мы видимъ, что новыхъ симптомовъ почти не прибавляется; мысли, аффекты и дѣйствія больныхъ становятся монотонны, однообразны, какъ бы заключаются въ очень опредѣленный кругъ. День за днемъ, недѣля за недѣлей проявляются въ стереотипныхъ словахъ заключенныя въ однообразный довольно узкій кругъ идеи; одни и тѣже дѣйствія служатъ проявленіемъ однообразныхъ аффектовъ и влеченій. Правда, и здѣсь бываютъ взрывы тоски и гнѣва, бываютъ состоянія спокойствія и возбужденія, но все это въ такой одинаковой, почти стереотипной формѣ, что окружающіе больного лица, обладая извѣстнымъ вниманіемъ, могутъ изучить мельчайшія подробности проявленій душевной жизни больного, съ точностью знать, когда и при какихъ условіяхъ явится тотъ или другой актъ, обнаружится тотъ или другой аффектъ.

Такое состояніе длится весьма различное время,—въ большинствѣ случаевъ мѣсяцы, а иногда и годы. Въ другихъ же случаяхъ третій періодъ бываетъ очень короткій: болѣзнь едва достигнувъ вершины своего развитія, начинаетъ спускаться и переходитъ въ періодъ поправленія. Это бываетъ въ случаяхъ наиболѣе острыхъ психозовъ.

Четвертый періодъ душевныхъ болѣзней далеко не одинаковъ въ различныхъ случаяхъ. Въ однихъ случаяхъ четвертый періодъ совпадаетъ съ поправленіемъ больного, въ другихъ съ переходомъ болѣзни въ неизлѣчимое состояніе. Соотвѣтственно этому мы будемъ имѣть двѣ разновидности 4-го періода:

а) Періодъ поправленія—характеризуется наклонностью къ исчезновенію всѣхъ болѣзненныхъ симптомовъ: постепенно шагъ за ша-

томъ (а иногда и очень быстро)—проясняется сознаніе, если оно было затемнѣно, расширяется заколдованный кругъ, въ которомъ были сжаты мысли и чувствованія больного, является способность заниматься, больной становится внимательнѣе къ тѣмъ впечатлѣніямъ, которыя прежде почти не вліяли на него, выступаютъ нормальныя свойства личности: поведеніе, отношеніе къ окружающимъ становится правильнѣе; пропадаютъ галлюцинаціи, блѣднѣютъ и, наконецъ, исчезаютъ бредовыя идеи. Обыкновенно дольше другого остаются разстройства эмоціональныя, въ видѣ монотоннаго, но все болѣе и болѣе сглаживающагося измѣненія настроенія, или въ видѣ чрезмѣрной возбудимости и раздражительной слабости. Улучшается сонъ, наступаетъ общее физическое поправленіе, увеличеніе вѣса, возвращеніе нормальныхъ физическихъ отправленій, напр., менструаціи у женщинъ. Такой ходъ 4-го періода бываетъ или быстрый, или медленный, растянутый на много мѣсяцевъ съ колебаніями въ ту и другую сторону („смѣна хорошихъ и дурныхъ дней"). Бываютъ случаи, когда онъ продолжается и очень короткое время—напр., въ нѣкоторыхъ формахъ періодическихъ психозовъ.

б) Вторую разновидность 4-го періода составляетъ направленіе болѣзни въ неизлѣчимое состояніе. Эта разновидность характеризуется тѣмъ, что монотонность болѣзненныхъ проявленій, которая наблюдалась и въ 3-мъ періодѣ, но за которой нерѣдко всетаки можно было различить элементы нормальной личности, лишь заслоненные болѣзнью, становится все рѣзче и рѣзче, вмѣстѣ съ тѣмъ все болѣе и болѣе появляется пониженіе интеллекта, ослабленіе памяти, соображенія и высшихъ душевныхъ свойствъ; все уже и уже становится кругъ душевной жизни, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до полной утраты ея; часто въ этой разновидности 4-го періода наступаетъ рѣзкое измѣненіе личности, характеризуемое, какъ распаденіе ея на отдѣльные, не объединенные элементы.

Эти двѣ главныя разновидности 4-го періода въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаяхъ комбинируются между собою, и тогда передъ нами является странная картина сочетанія пониженія интеллекта и нарушенія единства личности съ исчезновеніемъ другихъ болѣзненныхъ явленій, какъ напр., бредовыхъ идей, галлюцинацій, спутанности сознанія, болѣзненнаго настроенія. Иной разъ такъ дѣло и остается надолго, иной разъ явленія дефекта все больше и больше увеличиваются, и развивается полная картина неизлѣчимаго состоянія; иной же разъ наоборотъ, явленія умственнаго дефекта дѣлаются все меньше и меньше: іерархическое господство направляющей силы ума возстановляется, элементы личности объединяются и больной поправляется.

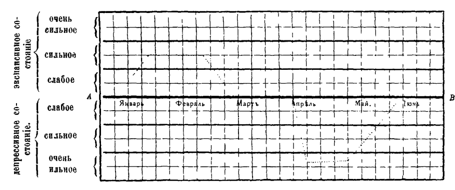
Ходъ поправленія черезъ періодъ своеобразной глуповатости былъ означаемъ прежними авторами терминомъ moria.

Таковы 4 періода процесса душевныхъ болѣзней, которые можно отмѣтить въ большинствѣ психозовъ. Психозы, которые протекаютъ въ такой послѣдовательности, можно назвать типичными. Но слѣдуетъ имѣть въ виду, что иной разъ теченіе болѣзни не укладывается въ рамки указанныхъ періодовъ; является неправильный ходъ болѣзни: напр., вслѣдъ за наступившимъ уже стаціонарнымъ періодомъ неожиданно начинается новый скачекъ, какъ бы новый приступъ болѣзни, или вдругъ является неправильная смѣна діаметрально противоположныхъ состояній, напр. экспансивнаго и угнетеннаго. Такіе случаи можно назвать атипическими психозами. Атипическіе психозы чаще всего бываютъ при сочетаніи двухъ или нѣсколькихъ формъ душевныхъ разстройствъ между собою, напр., сочетаніе меланхоліи съ наслѣдственно дегенеративными формами, или съ эпилепсіей, или съ алкоголизмомъ (такъ наз. сложные психозы).

Здѣсь можно прибавить, что въ прежнее время съ отдѣльными періодами связывалось представленіе объ обязательности въ теченіи ихъ опредѣленныхъ психопатическихъ состояній; такъ, наприм., считалось, что 1-й періодъ всякой душевной болѣзни долженъ выражаться въ меланхолическомъ состояніи; затѣмъ, если болѣзнь не оборвется на этомъ періодѣ, то во 2-мъ періодѣ должно быть маніакальное состояніе. Если болѣзнь не купируется въ это время, она перейдетъ въ 3-ій періодъ, періодъ помѣшательства, а потомъ въ 4-ый, — періодъ слабоумія. Но безпристрастный анализъ наблюдаемыхъ случаевъ не подтвердилъ такого воззрѣнія. Хотя есть случаи, въ которыхъ, дѣйствительно, болѣзнь совершаетъ именно такой циклъ, но эти случаи далеко не очень часты, и ставить этотъ циклъ правиломъ для всѣхъ формъ — значитъ прибѣгать къ большимъ натяжкамъ въ угоду предвзятой идеи.

Но во всякомъ случаѣ изученіе смѣны состояній въ зависимости отъ періода болѣзни имѣетъ очень большой интересъ, и лица, занимающіяся клинической психіатріей, обращаютъ на это большое вниманіе. Къ сожалѣнію, съ одной стороны сложность симптомовъ, а съ другой—очень большая продолжительность душевныхъ болѣзней, причемъ, какъ я замѣтилъ выше, нерѣдко больной не во все время своей болѣзни находится подъ наблюденіемъ одного и того же врача, очень мѣшаютъ тому, чтобы можно было составить много точныхъ исторій болѣзни и сдѣлать выводы о послѣдовательной смѣнѣ состояній. Въ болѣзняхъ соматическихъ — это легче, потому что и самыя болѣзни вообще короче, да и методы изслѣдованія гораздо точнѣе. Тамъ, наприм., есть возможность

во многихъ случаяхъ прибѣгнуть къ точному измѣренію степени тѣхъ или другихъ симптомовъ, наприм., степени повышенія t°, ускоренія пульса и дыханія, измѣненія въ обмѣнѣ веществъ и т. п. Получаемыя цифры даютъ возможность составить кривыя хода температуры, пульса, дыханія, обмѣна вещества и пр., что чрезвычайно облегчаетъ составленіе яснаго представленія о ходѣ болѣзни. Примѣненіе графическаго метода, столь полезнаго при соматическихъ болѣзняхъ, при душевныхъ болѣзняхъ несравненно труднѣе, потому что симптомы съ трудомъ поддаются безпристрастной количественной оцѣнкѣ. Объективнаго мѣрила нѣтъ, а на субъективную оцѣнку вполнѣ полагаться нельзя. Тѣмъ не менѣе потребность въ составленіи правильной картины болѣзни у психіатровъ такъ велика, что многіе согласны довольствоваться хотя бы приблизительной оцѣнкой симптомовъ, чтобы имѣть болѣе наглядное представленіе о ходѣ болѣзни при помощи графическаго метода. Работы въ этомъ отношеніи производятся въ различныхъ психіатрическихъ центрахъ, но пока еще дали только небольшіе результаты. То, чѣмъ теперь пользуются, сводится къ слѣдующему.



Возьмемъ бумагу, раздѣленную на квадратики. Проведемъ на срединѣ ея по горизонтальной линіи жирную черту AB. По ней будемъ отсчитывать время, смотря по условію — по днямъ, по недѣлямъ или мѣсяцамъ, соотвѣтственно тому, какой величины рисунокъ мы хотимъ составить. Допустимъ, что мы желаемъ отсчитывать по недѣлямъ. Тогда всякое одно дѣленіе горизонтальной черты будетъ соотвѣтствовать недѣлѣ, каждыя 4 дѣленія—мѣсяцу, а вся линія почти 6 мѣсяцамъ. Эта же линія будетъ соотвѣтствовать нормѣ психическаго состоянія, т.-е. отсутствію болѣзненныхъ симптомовъ со стороны психической дѣятельности, а различныя уклоненія отъ нормы будутъ отмѣчаться или вверхъ отъ линіи AB, или внизъ отъ нея. Можно условиться такъ, что внизъ

отмѣчаются состоянія депрессіи, меланхолической подавленности, а вверхъ — состоянія возбужденія — экспансивныя, маніакальныя состоянія. Смотря по интенсивности этихъ состояній, отмѣтка ихъ въ каждую недѣлю будетъ дѣлаться то ближе къ нормальной линіи, то ниже. Чѣмъ болѣе интенсивны патологическія проявленія, тѣмъ и отмѣтка должна ставиться далѣе отъ линіи АБ, чѣмъ они менѣе, тѣмъ ближе къ ней. Если мы потомъ соединимъ отмѣтки между собою, то получится кривая, указывающая на ходъ болѣзненнаго процесса.

Конечно, отмѣтки интенсивности возбужденія или угнетенія будутъ ставиться наблюдателемъ по его субъективной оцѣнкѣ, и потому правильнѣе дѣлать не очень дробныя степени. Можно ограничиться принятіемъ трехъ степеней: слабаго напряженія, сильнаго и очень сильнаго. Въ этихъ границахъ производить оцѣнку уже не такъ трудно, и, слѣдовательно, можно составить приблизительную кривую теченія болѣзни. Такъ наприм., въ нашемъ рисункѣ, въ которомъ каждое дѣленіе по горизонтальной линіи соотвѣтствуетъ одной недѣлѣ, — болѣзнь, начавшаяся во 2-ую недѣлю января слабымъ маніакальнымъ возбужденіемъ, достигла въ 4-ую недѣлю — сильнаго. На этой степени болѣзнь держалась 4 недѣли; потомъ степень возбужденія стала падать и черезъ 2 недѣли возбужденіе исчезло, и было нормальное состояніе въ продолженіе 4-хъ недѣль; затѣмъ явилось депрессивное состояніе. Депрессія съ каждымъ днемъ увеличивалась и быстро достигла степени очень сильной. Продержавшись на этой степени около 3-хъ недѣль, стала уменьшаться и къ половинѣ іюня совершенно исчезла; наступило опять нормальное состояніе.

Аналогичныя кривыя можно составить для многихъ случаевъ, правда, далеко не для всѣхъ. Чтобы сдѣлать приложимымъ графическій методъ для всѣхъ болѣзней, придумывались различныя приспособленія, но пока еще не выработано ничего, что можно было бы рекомендовать для всеобщаго употребленія.

Во всякомъ случаѣ примѣненіе графическаго метода при изученіи теченія болѣзней, даже при томъ несовершенствѣ его, которое существуетъ въ настоящее время, — представляетъ большія удобства. Оно даетъ возможность не только сразу видѣть колебанія психическаго состоянія, но и соотношеніе этихъ колебаній съ другими кривыми, наприм., съ кривою вѣса, кривою, обозначающею число часовъ сна, со временемъ наступленія регулъ у женщинъ и пр. [1]).

[1]) Болѣе подробныя указанія на примѣненіе графическаго метода къ изслѣдованію душевныхъ болѣзней будутъ изложены въ главѣ „Діагностика душевныхъ болѣзней“

Колебанія въ теченіи душевныхъ болѣзней. Теченіе душевныхъ болѣзней, какъ показываютъ наблюденія, не всегда бываетъ ровное. Иногда оно, дѣйствительно, заслуживаетъ названіе ровнаго. Это въ тѣхъ случаяхъ, когда болѣзнь, достигнувъ извѣстной степени высоты, держится на немъ нѣкоторое время безъ значительныхъ колебаній и затѣмъ, постепенно уменьшаясь, кончается выздоровленіемъ. Однако это бываетъ далеко не во всѣхъ случаяхъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь постепенно или скачками идетъ впередъ, все ухудшаясь: это—теченіе прогрессивное. Въ другихъ случаяхъ болѣзнь какъ бы обрывается въ началѣ періода разцвѣта — это такъ называемыя абортивныя формы. Затѣмъ часто бываютъ рѣзкія колебанія въ теченіи болѣзни. Иногда эти колебанія очень часты, совершаются чуть не каждый день; наприм., при меланхоліи нерѣдко бываетъ замѣтно, что утромъ состояніе больныхъ гораздо хуже, чѣмъ вечеромъ. У нѣкоторыхъ больныхъ рѣзкое усиленіе интенсивности болѣзни наступаетъ каждый мѣсяцъ (что у женщинъ обусловливается вліяніемъ менструальнаго періода). Въ такихъ случаяхъ типъ теченія болѣзни называется ремиттирующимъ, причемъ періоды ухудшенія называются экзацербаціями, а періоды улучшенія ремиссіями. Иногда ремиссіи могутъ быть и очень продолжительны, наприм.,—длиться нѣсколько мѣсяцевъ.

Если наступаетъ настолько глубокая ремиссія, что въ промежуткахъ не замѣтно никакихъ признаковъ душевнаго разстройства, то это будетъ типъ интермиттирующій, причемъ промежутки между экзацербаціями будутъ называться интермиссіями или свѣтлыми промежутками (intervalla lucida).

Приступы болѣзни и слѣдующіе за ними промежутки при интермиттирующемъ типѣ психоза бываютъ иногда очень коротки (напр., день или два при психозахъ, обусловленныхъ малярiей), иногда же болѣе длинны. Если отдѣльные приступы продолжаются нѣсколько дней или недѣль, а затѣмъ смѣняются свѣтлымъ промежуткомъ, длящимся тоже нѣсколько дней или недѣль и въ свою очередь смѣняющимся новымъ приступомъ, то типъ болѣзни можно назвать рекуррентнымъ. Если появленіе отдѣльныхъ приступовъ психоза совершается черезъ болѣе или менѣе правильные періоды, то мы имѣемъ типъ періодическій. При періодическихъ психозахъ, какъ это мы увидимъ впослѣдствіи, промежутки между отдѣльными приступами бываютъ иногда въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, и всетаки нужно смотрѣть на эти приступы, какъ на проявленіе особеннаго свойства даннаго организма,—свойства представлять черезъ извѣстные промежутки времени явленія душевнаго разстройства. Періодическіе психозы носятъ названіе циклическихъ

круговыхъ или циркулярныхъ, если черезъ извѣстные промежутки болѣе или менѣе правильно смѣняются состоянія депрессивныя (меланхолическія) и экспансивныя (маніакальныя) или другія разновидности психопатическихъ состояній.

Отъ повторенія приступовъ періодическаго психоза нужно отличать простые возвраты (не періодическіе) душевной болѣзни, т. е. случаи, гдѣ у одного и того же индивидуума болѣзнь бываетъ нѣсколько разъ, но каждый разъ какъ самостоятельная болѣзнь, вызванная достаточными для каждаго отдѣльнаго возврата причинами.

При этомъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ это бываютъ—дѣйствительно, ничто иное, какъ повторныя заболѣванія, развившіяся подъ вліяніемъ новаго вліянія болѣзнетворнаго агента, въ другихъ же случаяхъ на возвраты болѣзни слѣдуетъ смотрѣть скорѣе, какъ на продолженіе прежней, только отдѣленной отъ перваго приступа ея большимъ свѣтлымъ промежуткомъ, симулировавшимъ выздоровленіе.

Исходы душевныхъ болѣзней.

Исходы психическихъ разстройствъ бываютъ различны. Самый пріятный исходъ есть, конечно, **исходъ въ выздоровленіе**. Этотъ исходъ бываетъ, какъ показываетъ статистика, приблизительно въ 30% — 40% всѣхъ случаевъ душевныхъ заболѣваній, причемъ для нѣкоторыхъ формъ болѣзни онъ повышается до 80%—90%, а для другихъ онъ падаетъ до 0. Такъ, бѣлая горячка (delirium tremens) даетъ 90% и болѣе выздоровленія; отдѣльные приступы меланхоліи тоже даютъ отъ 70%—80% выздоровленія, а прогрессивный параличъ не даетъ ни одного процента Правда, по отношенію къ выздоровленію отъ душевной болѣзни нужно всегда дѣлать различіе въ опредѣленіи выздоровленія *отъ даннаго приступа* и выздоровленія не только отъ даннаго приступа, *но и отъ болѣзненной конституціи*, на почвѣ которой развился данный психозъ; выздоровленіе въ послѣднемъ смыслѣ бываетъ *несравненно рѣже*, чѣмъ выздоровленіе отъ единичнаго приступа. Такъ, напр., выздоровленіе отъ приступа эпилептическаго психоза бываетъ часто, а выздоровленіе отъ эпилептической конституціи очень рѣдко; точно также отдѣльные приступы періодическаго психоза проходятъ весьма часто, а конституція, лежащая въ основѣ періодическаго появленія болѣзни, почти не излѣчивается.

Выздоровленіе отъ даннаго приступа психоза совершается бо́льшею частью постепенно—литически; постепенно симптомы болѣзни уменьшаются и нормальныя свойства личности выступаютъ на первый планъ.

Бываютъ однако случаи, гдѣ выздоровленіе наступаетъ и очень быстро,—чуть не въ одинъ день всѣ болѣзненныя явленія исчезаютъ. Это—критическое окончаніе, сопровождающееся иногда нѣкоторыми особенными, такъ называемыми критическими, явленіями, каковы поносы, кровотеченія (геморроидальныя и маточныя), паротиты.

Замѣчая улучшеніе въ состояніи больного, мы не всегда можемъ утверждать, что это — начало выздоровленія. Улучшеніе можетъ быть только ремиссіей. Но есть все-таки признаки, по которымъ выздоровленіе узнается. Эти признаки таковы:

Прежняя, здоровая личность, все болѣе и болѣе вытѣсняя болѣзненныя проявленія, наконецъ совершенно подавляетъ ихъ. Человѣкъ становится тѣмъ, чѣмъ онъ былъ до заболѣванія, можетъ быть, съ нѣкоторыми особенностями, зависящими отъ усталости послѣ перенесенной болѣзни (увеличенная утомляемость, наклонность къ болѣе продолжительному сну и пр). При этомъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ онъ сознаетъ свою болѣзнь, сознаетъ, чѣмъ онъ обязань лицамъ, за нимъ ухаживающимъ. Очень часто больной, во время болѣзни и начинающагося поправленія настойчиво просившійся домой изъ больницы, при выздоровленіи перестаетъ надоѣдать врачу своими просьбами о выпускѣ. Поэтому большею частью оказывается справедливымъ то положеніе, что *пока больной навязчиво проситъ его выпустить,—это значитъ, что онъ еще боленъ*; когда онъ совсѣмъ выздоровѣетъ, онъ пойметъ, что судья относительно времени выпуска—врачъ, а не онъ самъ. Правда, иногда приходится отпускать больныхъ изъ больницы въ виду ихъ неотвязчивыхъ просьбъ и ранѣе выздоровленія, но это только потому, что можно надѣяться, что выздоровленіе, если оно дѣйствительно началось, пойдетъ и въ домашней обстановкѣ. Но если домашнія условія неблагопріятны, обыкновенно не слѣдуетъ выпускать больныхъ по ихъ настоятельнымъ просьбамъ, потому что эти просьбы указываютъ именно на то, что болѣзнь еще не прошла. Иной разъ, правда, разъ начавшееся выздоровленіе продолжается даже и при дурной домашней обстановкѣ, но все таки отпускъ больного не выздоровѣвшаго въ обстановку дурную есть рискъ. Затѣмъ однимъ изъ главныхъ признаковъ выздоровленія служитъ соотвѣтствующее уменьшенію психическихъ симптомовъ физическое поправленіе больныхъ: увеличеніе въ вѣсѣ, улучшеніе сна, измѣненіе мимики, характера рѣчи, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ возвращеніе нѣкоторыхъ обычныхъ болѣзней, которыми страдалъ больной до психическаго заболѣванія, напр. геморроидальныхъ кровотеченій, мигрени, фурункуловъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ исходомъ душевной болѣзни бываетъ не-

полное выздоровленіе, а выздоровленіе съ дефектомъ. Въ этихъ случаяхъ болѣзненные симптомы хотя и исчезаютъ, но личность человѣка остается послѣ нея не такова, какова была до болѣзни. Человѣкъ, какъ будто бы и тотъ, а сущность его не та, какова была раньше. Иногда самое лучшее, что въ немъ было, то, что составляло самую драгоцѣнную его особенность, — то именно и утрачивается; исчезаетъ прежній широкій взглядъ на вещи, исчезаетъ прежняя деликатность, способность живого сочувствія къ другимъ людямъ, энергія и предпріимчивость. Иногда при этомъ развивается необычная раздражительность, скорая утомляемость, слабость воли и ослабленіе памяти

Иной разъ послѣ протекшей душевной болѣзни остается особенная неустойчивость, неуравновѣшенность, характеризующая длительное конституціональное измѣненіе (психопатическая конституція послѣ душевной болѣзни).

Въ другихъ случаяхъ и совсѣмъ не наступаетъ выздоровленія, а болѣзнь или кончается *смертію*, или остается *неизлѣчимою*.

Нѣкоторыя болѣзни неизлѣчимы уже съ самаго момента ихъ появленія. Таковъ, наприм., прогрессивный параличъ помѣшанныхъ. Въ другихъ случаяхъ болѣзнь, сама по себѣ излѣчимая, переходитъ при неблагопріятномъ теченіи въ **неизлѣчимое состояніе** Бо́льшею частью при этомъ острыя формы, каковы меланхолія, манія и др., переходятъ или въ хроническія формы съ тѣмъ же названіемъ („хроническая меланхолія“, „хроническая манія“), или въ другія исходныя формы—во вторичное помѣшательство или вторичное слабоуміе О явленіяхъ, которыми характеризуются исходныя неизлѣчимыя формы душевныхъ болѣзней, мы будемъ говорить въ соотвѣтствующей главѣ частной психопатологіи.

По истеченіи какого времени совершается этотъ переходъ, это бываетъ различно. Переходъ этотъ совершается обыкновенно постепенно, и въ громадномъ большинствѣ случаевъ очень трудно опредѣлить, уже наступилъ онъ или еще нѣтъ. Во многихъ случаяхъ проходитъ и годъ, и два отъ начала болѣзни, а все еще можно считать, что не наступило хроническое неизлѣчимое состояніе.

Нужно замѣтить, что вообще излѣченіе душевныхъ болѣзней совершается чаще всего въ первомъ году отъ начала, именно черезъ 6—9 мѣсяцевъ. Но бываютъ случаи излѣченія и послѣ двухъ, трехъ лѣтъ болѣзни. Изрѣдка описываются случаи излѣченія и послѣ 6—10—15 лѣтъ **отъ** начала болѣзни. Правда, при этомъ въ большинствѣ случаевъ выздоровленіе бываетъ съ большимъ дефектомъ.

Что касается до **смерти**, то нѣкоторыя душевныя болѣзни предста-

вляютъ непосредственную опасность для жизни. Такъ, острый бредъ (delirium acutum) кончается часто смертью; прогрессивный параличъ, старческое слабоуміе въ концѣ концовъ ведутъ къ смерти. Въ другихъ случаяхъ смерть можетъ быть отъ послѣдствій нѣкоторыхъ симптомовъ болѣзни: такъ, наприм., больной можетъ покончить жизнь самоубійствомъ, возбужденный больной—умереть отъ истощенія, отказывающійся отъ пищи—отъ голоданія; больные съ наклонностью проглатывать предметы, попадающіеся имъ на глаза, — отъ прободенія внутренностей; больные, требующіе внимательнаго надзора и заботы, часто погибаютъ отъ несчастныхъ случаевъ, будучи предоставлены самимъ себѣ (отъ обжоговъ, паденія, отъ того, что глотаютъ слишкомъ большие куски пищи).

Осложненія. Въ концѣ концовъ всякая неизлѣчимая форма душевныхъ болѣзней кончается смертью, но бо́льшею частью въ связи съ какими-нибудь *осложненіями*, наприм., въ связи съ легочною чахоткой, мозговыми страданіями, страданіями кровеносныхъ сосудовъ, скорбутомъ. Благодаря такимъ осложненіямъ, какъ чахотка и скорбутъ, въ переполненныхъ больными заведеніяхъ для душевно-больныхъ процентъ смертности обыкновенно бываетъ очень великъ, иногда достигаетъ 20% и болѣе общаго количества пользованныхъ. Но и въ относительно не переполненныхъ большихъ заведеніяхъ смертность обыкновенно равна приблизительно 10% общаго количества больныхъ. Хотя изъ душевно-больныхъ есть нѣкоторые, которые доживаютъ до очень глубокой старости, оставаясь болѣе полувѣка въ больницѣ, но это рѣдкіе случаи. Бо́льшею же частью смертность между душевно-больными значительно больше, чѣмъ между нормальными людьми.

Этому нѣсколько противорѣчитъ ходячее мнѣніе, что помѣшанные живутъ долго и не подвергаются такъ легко простудѣ и другимъ осложненіямъ, какъ здоровые. Но 1) нѣкоторыя изъ душевныхъ болѣзней сами по себѣ кончаются смертью, какъ, наприм., прогрессивный параличъ, старческое слабоумие, и сравнительно малый процентъ остается на дѣйствительно живучихъ субъектовъ, и 2) хотя, дѣйствительно, простуда и нѣкоторые другіе неблагопріятные моменты меньше вліяютъ на душевно-больныхъ, но болѣзни, развивающіяся вслѣдствіе скученности (чахотка, скорбутъ) у нихъ являются чаще, чѣмъ у здоровыхъ.

Осложненія, бывающія у душевно-больныхъ, конечно, не всегда ведутъ къ смерти; нѣкоторыя изъ нихъ переносятся довольно благополучно, лишь не надолго ухудшая положеніе больныхъ. Изъ наиболѣе часто встрѣчающихся осложненій нужно отмѣтить слѣдующія:

1) Разстройства пищеварительнаго аппарата, являющіяся не-

рѣдко вслѣдствіе неправильнаго пріема пищи, недостаточнаго разжевыванія, употребленія въ пищу неудобоваримыхъ вещей и введенія инородныхъ тѣлъ. Недостаточное вниманіе больныхъ къ опорожненію кишечника также служитъ поводомъ къ разстройству пищеварительныхъ путей, къ появленію страданій прямой кишки (проктиты, prolapsus ani); долговременное скопленіе кала ведетъ иногда къ самоотравленію организма продуктами разложенія.

2) Страданія дыхательныхъ путей: очень часто является ларингитъ, какъ послѣдствіе безпрерывнаго крика; воспаленіе легкаго бываетъ нерѣдко осложненіемъ при органическихъ заболѣваніяхъ мозга, связанныхъ съ нарушеніемъ иннерваціи дыхательныхъ органовъ, а также у очень истощенныхъ больныхъ (гипостатическая пневмонія); вслѣдствіе разстройства глотанія и попаданія въ дыхательные пути кусковъ пищи бываетъ своеобразная форма пневмоніи, иногда переходящая въ гангрену легкаго. Плевритъ и воспаленіе легкаго бываетъ иногда и какъ явленіе, слѣдующее за переломомъ реберъ Но самое частое осложненіе со стороны дыхательныхъ органовъ есть туберкулезъ, развивающійся частью вслѣдствіе непосредственнаго зараженія больныхъ другъ отъ друга вслѣдствіе скученности помѣщенія, частью вслѣдствіе общаго истощенія организма; не слѣдуетъ забывать, что туберкулезная и психопатическая наслѣдственность идутъ часто рука объ руку.

3) Разстройства со стороны сердца и сосудовъ; опытъ показываетъ что у душевно-больныхъ нерѣдко развивается эндокардитъ и пороки клапановъ (особенно митральной заслонки); артеріосклерозъ тоже часто является раннимъ явленіемъ у больныхъ, страдающихъ долгое время безсонницей. Иногда, особенно при тяжелыхъ формахъ маніи, бываетъ неожиданный коллапсъ и смерть отъ паралича сердца.

4) Разстройства со стороны мочевыхъ органовъ бываютъ часто вслѣдствіе задержанія, загниванія мочи и послѣдовательныхъ измѣненій со стороны пузыря (катарръ мочевого пузыря, пэлитъ, страданіе почекъ)

5) Разстройства со стороны нервной системы—кровоизліянія въ головной мозгъ, эмболіи, тромбозы мозговыхъ артерій.

6) Изъ общихъ болѣзней, являющихся у душевно-больныхъ въ качествѣ осложненія, кромѣ общаго туберкулеза, на первомъ планѣ стоитъ еще скорбутъ, которымъ особенно часто поражаются хроническіе, вѣчно лежащіе больные въ скученныхъ, плохо провѣтриваемыхъ помѣщеніяхъ. Чѣмъ лучше обставлено заведеніе, чѣмъ болѣе обращено въ немъ вниманія на организацію работъ на чистомъ воздухѣ, чѣмъ

менѣе переполненіе и лучше пища, тѣмъ меньше въ немъ и скорбута. За пораненіями слѣдуютъ иногда: рожа, піэмія и септицемія.

Само собою разумѣется, что и другія общія болѣзни, какъ, напр., инфекціонныя, являются въ качествѣ осложненій у душевно-больныхъ, но въ этомъ отношеніи нѣтъ большой разницы въ томъ, что бываетъ и у здоровыхъ; нужно только замѣтить, что иногда лихорадочныя болѣзни у душевно-больныхъ протекаютъ съ меньшимъ поднятіемъ температуры тѣла, чѣмъ у здоровыхъ; что касается до ихъ вліянія на душевную болѣзнь, то иногда онѣ при своемъ появленіи вызываютъ у больныхъ приступъ возбужденія, иногда же измѣняютъ состояніе больныхъ къ лучшему. Ниже мы скажемъ о томъ, что наблюдались даже случаи, когда больные послѣ тифа, оспы и другихъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней выздоравливали.

7) Изъ хирургическихъ болѣзней въ качествѣ осложненій бываютъ всевозможныя травмы, кровоподтеки, ожоги, переломы, вывихи, введеніе инородныхъ тѣлъ въ пищеводъ и желудокъ, прямую кишку, во влагалище, въ мочевой каналъ, въ наружный слуховой проходъ.

Особенно важное осложненіе составляетъ введеніе инородныхъ тѣлъ въ желудокъ. Больные иногда удивительно успѣшно проглатываютъ вещи очень крупныя, острыя и притомъ въ большомъ количествѣ. У многихъ душевно-больныхъ при вскрытіи находятъ предметы металлическіе, иногда очень тяжелые, которые при жизни не вызывали замѣтныхъ разстройствъ въ дѣятельности желудка. Иногда же проглоченные предметы вызываютъ воспалительныя состоянія и прободеніе стѣнокъ желудка. Въ одномъ случаѣ, описанномъ П. П. Стрѣльцовымъ, проглоченные больнымъ металлическіе щипцы для раскалыванія орѣховъ черезъ два года вызвали прободеніе покрововъ живота въ области желудка и были извлечены, при чемъ больной остался живъ. Въ другомъ случаѣ, описанномъ д-ромъ Фрикеромъ изъ Одессы, было извлечено оперативнымъ путемъ 37 предметовъ, вѣсившихъ въ общемъ 261, 85 граммъ. Тутъ были: вилки въ 20 центим. длиною, 2 чайныхъ ложки, ключъ, вязальный крючекъ, нѣсколько иголокъ, шпилекъ, осколковъ стекла, пуговицъ. Больная осталась жива. Очень часто больные проглатываютъ кресты, образки, тряпки, волосы, которые въ желудкѣ сваливаются въ комки, достигающіе иногда нѣсколькихъ фунтовъ вѣса.

О частотѣ переломовъ костей (особенно реберъ) у тяжелыхъ душевно-больныхъ мы уже говорили, также какъ о появленіи отематомы вслѣдствіе небольшихъ сравнительно поврежденій. У тяжелыхъ больныхъ, особенно паралитичныхъ, развиваются пролежни острые и хроническіе; очень частыми явленіями бываютъ различныя сыпи и

фурункулы. Паротиты, флегмоны съ послѣдующей піэмией тоже нерѣдки. Очень нерѣдко піэмическія явленія обнаруживаются въ появленіи множества гнойниковъ на покровахъ (pyaemia periphеrica).

У душевно-больныхъ наблюдалась также жировая эмболія легочныхъ сосудовъ, являющаяся какъ слѣдствіе нарушенія цѣлости жировой ткани вслѣдствіе травматическихъ поврежденій у душевно-больныхъ и влекущая за собою быструю смерть.

Въ заключеніе я долженъ отмѣтить, что кромѣ тѣхъ физическихъ осложненій, которыя сопровождаются весьма нежелательными явленіями, иногда осложненія вліяютъ и благопріятнымъ образомъ на душевную болѣзнь.

Такъ, довольно нерѣдко наблюдаются случаи, что душевно-больные, получившіе острую инфекціонную болѣзнь, какъ, напр., тифъ, рожу, оспу и т. п., выздоравливая отъ этихъ болѣзней, выздоравливаютъ и отъ душевнаго заболѣванія. Иногда это наблюдалось даже въ случаяхъ, считавшихся до этого неизлѣчимыми. Однако не слѣдуетъ думать, что инфекціонныя болѣзни дѣйствуютъ въ такомъ родѣ на теченіе душевнаго заболѣванія часто. Большею частью онѣ, какъ сказано выше, не оказываютъ никакого вліянія, а часто даже ухудшаютъ психическое состояніе больныхъ.

Отчего зависитъ наблюдаемое иногда благопріятное вліяніе инфекціонныхъ болѣзней на исходъ психозовъ, — рѣшить довольно трудно; тутъ можно предположить вліяніе и отвлеченія вниманія, и высокой температуры, измѣняющей обмѣнъ, и токсиновъ, дѣйствующихъ антагонистически на яды, отравляющіе нервную систему. Въ виду такого рода возможности были произведены даже опыты съ искусственнымъ повышеніемъ температуры у душевно-больныхъ, при помощи впрыскиванія туберкулина Коха, въ надеждѣ получить благопріятный исходъ въ затянувшихся психозахъ, но опыты эти не привели къ желаемому результату.

Какъ осложненіе при душевныхъ болѣзняхъ нужно считать также беременность и роды.

Беременность и роды въ большинствѣ случаевъ не вліяютъ дурно на бывшую до этого душевную болѣзнь. Бываютъ даже случаи, гдѣ душевная болѣзнь, начавшаяся ранѣе зачатія, во время беременности проходитъ; но, конечно, изъ этого не слѣдуетъ, чтобы можно было когда-либо дозволить для душевно-больной возможность забеременить; нужно помнить, что ребенокъ, рождающійся при такихъ условіяхъ, имѣетъ очень много шансовъ родиться хилымъ, чрезвычайно наклоннымъ къ нервнымъ и психическимъ заболѣваніямъ.

Классификація душевныхъ болѣзней [1]).

Въ предыдущихъ главахъ мы познакомились съ проявленіями душевныхъ болѣзней, съ наиболѣе типичными состояніями, въ которыхъ мы встрѣчаемъ душевно-больныхъ, съ элементарными разстройствами душевной дѣятельности и, наконецъ, съ общимъ характеромъ теченія душевныхъ болѣзней.

Наблюденія показываютъ, что какъ элементарныя разстройства, такъ и цѣлая совокупность ихъ — отдѣльныя психопатическія состоянія — являются у душевно-больныхъ часто въ извѣстной, правильной послѣдовательности, вслѣдствіе чего являются особыя, болѣе или менѣе опредѣленныя, клиническія разновидности душевныхъ болѣзней. Подобно тому, какъ, наприм., при возвратной горячкѣ мы, встрѣчая характерный ходъ повышенія температуры, измѣненіе селезенки, печени, своеобразныя измѣненія въ крови и т. д., опредѣляемъ, что больной страдаетъ возвратною горячкой, точно также и при душевныхъ разстройствахъ являются иногда такія сочетанія симптомовъ, которыя характеризуютъ прямо опредѣленную форму болѣзни; такъ—сочетаніе слабоумія съ разстройствомъ произношенія, разницей зрачковъ и нѣкоторыми другими явленіями и съ особенностями въ развитіи всѣхъ этихъ явленій характеризуетъ особую болѣзнь, называемую paralysis progressiva alienorum. Другая совокупность симптомовъ характеризуетъ и другую болѣзнь, наприм., меланхолію, третья—третью болѣзнь, напр., манію, острое безсмыстіе и т. д.

Такимъ образомъ изъ различныхъ сочетаній симптомовъ и послѣдовательной ихъ смѣны образуются въ психіатріи отдѣльныя формы душевныхъ болѣзней, съ отдѣльными названіями; въ результатѣ является номенклатура душевныхъ болѣзней и раздѣленіе ихъ на сродныя группы, т. е классификація.

Однако раздѣленіе душевныхъ болѣзней на отдѣльныя формы и группы, далеко еще не достигло той степени правильности, которой достигли классификаціи другихъ болѣзней, главнымъ образомъ потому, что душевныя болѣзни научнымъ образомъ изучаются еще недавно

---

[1]) Справочныя книги. Kahlbaum, Gruppirung der psychischen Krankheiten. 1863 Oebecke, Vergleichende Übersicht der Classification der Psychosen. 1886, Бехтеревъ, В. М. Классификація душевныхъ болѣзней. 1891 г.

Прежде душевныя болѣзни смѣшивались съ пороками или даже съ вліяніемъ сверхъестественныхъ силъ — злыхъ духовъ или добрыхъ геніевъ. Хотя начало врачебнаго пониманія душевныхъ заболѣваній положено было еще въ древности, и Гиппократъ составилъ довольно вѣрное описаніе нѣкоторыхъ психическихъ страданій, но правильное пониманіе ихъ съ трудомъ проникало въ общество, и въ средніе вѣка, благодаря невѣжеству и религіозному фанатизму, масса помѣшанныхъ погибала въ пыткахъ инквизиціи и на кострахъ. Врачи, также какъ и другіе люди, поддавались общему міровоззрѣнію и лишь не многіе, какъ Виръ въ началѣ 16-го столѣтія, являлись защитниками душевно-больныхъ отъ ихъ невѣжественныхъ мучителей. Въ лучшемъ случаѣ помѣшанныхъ заключали въ мрачныя зданія старинныхъ домовъ для умалишенныхъ и держали прикованными цѣпями къ стѣнѣ среди грязи, въ смрадѣ, холодѣ и голодѣ. Еще только недавно исполнилось столѣтіе съ того времени, какъ по настоянію французскаго психіатра Филиппа Пинеля были сняты цѣпи, которыми были прикованы душевно-больные, и раздалось (въ концѣ 1792 или 1793) его знаменательное слово, что душевно-больные имѣютъ тоже права людей и что ихъ нужно лѣчить и заботиться объ ихъ благосостояніи. Еще долго послѣ Пинеля и его современниковъ, итальянскаго врача Кіаруджи, нѣмецкаго Лангермана, а также знаменитаго ученика Пинеля—Эскироля, положившаго прочное начало правильному клиническому наблюденію надъ душевно-больными, приходилось бороться съ тѣмъ мнѣніемъ, что душевныя болѣзни суть проявленія порока, и только въ самое послѣднее время устанавливается взглядъ, что душевныя болѣзни составляютъ только отдѣлъ невропатологіи,—правда своеобразный.

Благодаря медленности въ развитіи чисто научнаго воззрѣнія на психическія болѣзни, ученіе о душевныхъ болѣзняхъ развивалось медленно, и соотвѣтственно этому и классификація душевныхъ болѣзней до сихъ поръ весьма неудовлетворительна. Въ теченіе послѣдняго столѣтія нѣсколько разъ мѣнялся самый **принципъ классификаціи**. Первыя классификаціи брали часто за основные признаки чисто-внѣшнія различія,—напр., содержаніе бреда, направленіе влеченій, характеръ настроенія. Правда, еще Гиппократъ, давая отдѣльнымъ формамъ душевныхъ заболѣваній такія названія, какъ меланхолія, связывалъ представленіе о разстройствѣ психической дѣятельности съ измѣненіемъ *соковъ организма*, но большинство психіатровъ послѣднихъ вѣковъ держалось чистаго эмпиризма и раздѣляли душевныя разстройства исключительно по психологическому принципу. Такъ, жившій въ концѣ 16-го и

началѣ 17-го вѣка Платеръ въ своей классификаціи, въ отдѣлѣ „Mentis alienatio“—рядомъ съ заимствованными отъ Гиппократа терминами „melancholia“, „mania“, „phrenitis“—помѣстилъ „stultitia“ (глупость) и „amor“ (любовь). Эскироль тоже чисто эмпирически различалъ липеманію или мрачное помѣшательство (меланхолія), манію (психическое разстройство съ возбужденіемъ), мономанію (однопредметное помѣшательство), слабоуміе и идіотизмъ. Подраздѣленіе составленныхъ такимъ эмпирическимъ путемъ отдѣльныхъ группъ на разновидности основывалось на подробностяхъ чисто внѣшнихъ и на различіи въ психологическомъ проявленіи, главнымъ образомъ на различіи въ содержаніи бреда и влеченій.

Вслѣдствіе этого получались различные виды „маній“, которые характеризовались различными названіями, смотря по содержанію бреда и побужденій. Такъ, mania religiosa—съ религіознымъ бредомъ, demonomania — съ бредомъ о нечистыхъ духахъ, cleptomania—съ стремленіемъ къ воровству, pyromania—помѣшательство съ стремленіемъ къ поджогу. Такихъ „маній“ (или „folie“) у старыхъ авторовъ было много. Классификація, основанная на такомъ принципѣ, достигла своего крайняго проявленія у Гюислена, блестящаго бельгійскаго психіатра,—у котораго множество разновидностей различались между собою только на основаніи случайной разницы въ содержаніи бреда и влеченій.

Но дальнѣйшія наблюденія показали, что содержаніе бреда не есть существенный признакъ, что часто больные имѣютъ различное содержаніе бреда, а въ сущности одинаково больны, и наоборотъ: при одинаковомъ содержаніи идеи бреда болѣзнь совершенно различна. Вслѣдствіе этого стали искать болѣе существеннаго различія для раздѣленія душевныхъ болѣзней. Тогда, въ противоположность тому направленію, по которому было столько же болѣзненныхъ формъ, сколько различныхъ содержаній бреда, или сколько различныхъ болѣзненныхъ влеченій, явилось побужденіе смотрѣть на всѣ психическія формы только какъ на различные стадіи или варіанты одной формы умопомѣшательства.

По этому взгляду (Целлера и учениковъ его) меланхолія, манія, помѣшательство и слабоуміе суть только отдѣльныя фазы типическаго психоза. Стремленіе къ обобщенію было настолько велико, что знаменитый ученикъ Целлера Гризингеръ даже такую характерную болѣзнь, какъ общій прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, въ началѣ второй половины XIX столѣтія еще не выдѣлилъ въ особую форму, а описываетъ какъ „осложненіе помѣшательства“.

Наблюденія показали, что такое стремленіе къ обобщенію слишкомъ одностороннe, что на практикѣ встрѣчаются случаи, которые говорятъ противъ такого сведенія почти всѣхъ болѣзненныхъ формъ къ одному типу. Тогда съ одной стороны стали являться новыя классификаціи, болѣе усовершенствованныя, но все таки основанныя на принципѣ раздѣленія болѣзней по психологическимъ проявленіямъ, а съ другой являлись попытки составить классификацію на основаніи другихъ принциповъ. Прежде всего являлось стремленіе составить классификацію по этіологическимъ моментамъ, т. е. по тѣмъ причинамъ, которыя вызвали болѣзнь. Подъ вліяніемъ этого стремленія явилось раздѣленіе болѣзней на наслѣдственныя, истерическія, эпилептическія, алкогольныя послѣродовыя формы, онанистическія, послѣгорячечныя, даже на такія дробныя формы, какъ mania postconnubialis (манія послѣ перваго совокупленія). Классификаціи, составленныя такимъ образомъ (примѣромъ классификаціи этой категоріи можетъ служить классификація французскаго психіатра Morel'я, отца ученія о психической дегенераціи, и англійскаго психіатра Ске) могли бы быть очень удобны въ практическомъ отношеніи, такъ какъ давали возможность вмѣстѣ съ діагностикой опредѣлять и причину болѣзни, но на практикѣ онѣ оказались неудовлетворительными и главнымъ образомъ потому, что существуетъ много случаевъ, гдѣ развивается одинаковая форма отъ вліянія различныхъ причинъ; кромѣ того очень часто психическая болѣзнь даже въ единичномъ случаѣ вызывается не одной какой-нибудь причиной, а цѣлою совокупностью причинъ, а потому и нельзя обозначить ее по названію одной какой-нибудь причины.

Въ сущности, конечно, самое вѣрное дѣленіе душевныхъ болѣзней могло бы быть, еслибы намъ была извѣстна патологическая анатомія душевныхъ болѣзней. Къ сожалѣнію, очень часто мы не знаемъ анатомическаго субстрата душевныхъ болѣзней, и потому паталого-анатомическая классификація въ настоящее время невозможна. Попытки, которыя дѣлались въ этомъ направленіи, или остались незаконченными (какъ, наприм., попытки знаменитаго вѣнскаго психіатра Мейнерта, въ его первомъ учебникѣ), или были вполнѣ безосновательны (французская классификація Luys).

Въ виду этого въ настоящее время пытаются составить классификацію на основаніи нѣсколькихъ принциповъ. Гдѣ можно, тамъ въ основу раздѣленія берется патологическая анатомія, гдѣ этого нельзя, тамъ берутся во вниманіе психологическія различія или клиническіе симптомы и этіологія. Одна изъ наиболѣе практичныхъ классификацій

въ этомъ родѣ есть **классификація Крафтъ-Эбинга**, извѣстнаго вѣнскаго профессора. Эта классификація пользуется большимъ распространеніемъ въ Германіи. Благодаря общепризнаннымъ достоинствамъ „Учебника Психіатріи“ Крафтъ-Эбинга, его классификація пользовалась распространеніемъ и у насъ и признается настолько имѣющей значеніе, что даже поставлена въ числѣ вопросовъ программы при испытаніяхъ на званіе врача. Это заставляетъ насъ болѣе подробно съ нею ознакомиться.

Въ своей классификаціи Крафтъ-Эбингъ раздѣляетъ всѣ психическія разстройства на двѣ группы, далеко впрочемъ неравныя. Въ одной, меньшей, помѣщены тѣ разстройства, которыя зависятъ отъ недоразвитія мозга. Въ этой группѣ разсматриваются тѣ аномаліи въ психической жизни, которыя происходятъ какъ отъ прирожденнаго недоразвитія мозга, такъ и отъ недоразвитія, обусловленнаго какими-нибудь болѣзнями въ дѣтствѣ. Сюда относятся идіотизмъ (въ формѣ слабоумной и въ формѣ прирожденной нравственной тупости).

Къ другой группѣ, несравненно бóльшей, принадлежатъ разстройства уже развитого мозга. Эта группа въ свою очередь раздѣляется на нѣсколько другихъ. Прежде всего Крафтъ-Эбингъ раздѣляетъ психическія разстройства развитого мозга на функціональныя, при которыхъ анатомическихъ измѣненій пока не найдено, и на такія психическія разстройства, при которыхъ существуютъ опредѣленныя анатомическія измѣненія въ готовномъ мозгу, которыя и могутъ обусловить наблюдаемыя при жизни разстройства психической сферы. Эту группу психическихъ болѣзней онъ называетъ органическими психозами. Къ ней, наприм., будетъ принадлежать психическое разстройство, обусловленное сифилисомъ мозга, — къ ней же будетъ принадлежать та, очень часто встрѣчающаяся, форма, которая называется прогрессивнымъ паратичомъ помѣшанныхъ, къ ней же принадлежатъ старческое слабоуміе и острый бредъ.

Итакъ, при органическихъ психозахъ встрѣчаются опредѣленныя анатомическія измѣненія, служащія субстратомъ психическаго разстройства. Этого нѣтъ при другой группѣ душевныхъ болѣзней, къ которой принадлежитъ самая большая доля психическихъ разстройствъ. Это — группа функціональныхъ психозовъ; она въ свою очередь раздѣляется на двѣ части: на такъ называемыя психонейрозы и на психическія дегенераціи. Это раздѣленіе происходитъ на слѣдующихъ основаніяхъ. Наблюденія показываютъ, что иногда психическая болѣзнь является у человѣка какъ нѣчто совершенно случайное, — все равно какъ бы какая-нибудь острая соматическая болѣзнь, наприм., тифъ: явится бо-

лѣзнь, проболѣетъ человѣкъ нѣкоторое время, затѣмъ болѣзнь пройдетъ, и человѣкъ, если болѣзнь кончилась благополучно, остается какъ прежде — совершенно здоровымъ. Но въ другихъ случаяхъ связь болѣзни съ личностью больного несравненно глубже: больной носитъ въ себѣ зачатки болѣзни иногда съ самаго зачатія, и болѣзнь входитъ въ его конституцію, дѣлается характерной особенностью его психическаго организма. Это происходитъ или вслѣдствіе наслѣдственнаго вырожденія нервной системы, или вслѣдствіе вырожденія въ связи съ какимъ-нибудь тяжелымъ неврозомъ, каковы истерія, эпилепсія. Вотъ эти-то болѣзни, вплетающіяся въ существо организма, не случайныя, а коренящіяся въ самой конституціи больного, и называются психическими дегенераціями.—Мы увидимъ, что къ нимъ относится, наприм., эпилептическое помѣшательство, находящееся въ связи съ дегенераціей, связанной съ падучею болѣзнью; сюда же относятся: и истерическое помѣшательство, и цѣлый рядъ психозовъ, которые обусловливаются наслѣдственною дегенераціей.

Между этою группой и группой органическихъ психозовъ стоятъ промежуточныя болѣзненныя разстройства, обусловленныя хроническимъ злоупотребленіемъ спиртными напитками (хроническій алкоголизмъ) и другими ядовитыми веществами. Крафтъ-Эбингъ считаетъ нужнымъ поставить эти разстройства въ группу переходную между психическими дегенераціями и органическими психозами, потому что съ одной стороны хроническое злоупотребленіе такими веществами, какъ алкоголь, ведетъ къ вырожденію (дегенераціи), а съ другой—оно вызываетъ нерѣдко и анатомическія измѣненія въ головномъ мозгу, которыя и служатъ субстратомъ психическаго разстройства.

Другую группу психозовъ функціональныхъ составляютъ заболѣванія случайныя, *психонейрозы*. Они являются, такъ сказать, какъ что то постороннее, не присущее конституціи организма, а поражающее больного все равно, какъ тифъ, пнеймонія. Конечно, и они у одного больного явятся скорѣе, а у другого не явятся вовсе, частью въ зависимости отъ степени устойчивости организма, частью въ зависимости отъ того, насколько организмъ воспріимчивъ къ заболѣванію *психическимъ* разстройствомъ (имѣетъ „предрасположеніе“ къ душевному заболѣванію); но во всякомъ случаѣ самая форма душевной болѣзни въ видѣ психонейроза носитъ въ себѣ признаки *преходящаго* разстройства, и ею заболѣваютъ люди съ нормально предрасположеннымъ и *правильно развитымъ* мозгомъ.

Группу психонейрозовъ составляютъ, по Крафтъ-Эбингу, четыре

типичныя формы: меланхолія, манія, острое излѣчимое слабоумie и острое галлюцинаторное помѣшательство вмѣстѣ съ ихъ исходными формами (вторичное помѣшательство и заключительное слабоумie).

Таковы главныя группы психическихъ болѣзней, принимаемыя Крафтъ-Эбингомъ. Онѣ въ свою очередь дѣлятся на отдѣльныя болѣзненныя формы, и такимъ образомъ является довольно сложная классификація, которая въ нѣсколько сокращенномъ видѣ будетъ такова:

A. Психическія разстройства вполнѣ развитого мозга.

1. Функціональные психозы (безъ очевидной органической подкладки).

A. A. Психоневрозы, т. е. заболѣванія нормально предрасположеннаго и правильно развитого мозга.

1. Melancholia или мрачное помѣшательство (неврозъ съ психическою задержкою)
   a) Melancholia simplex (простая меланхолія).
   b) Melancholia cum stupore, M attonita (меланхолія съ оцѣпенѣлостью).
2. Mania, манія или возбужденное помѣшательство (неврозъ съ психическимъ возбужденіемъ).
   a) Mania exaltativa (маниакальное возбужденіе).
   b) Mania furibunda (неистовство).
3. Острое излѣчимое слабоумie, отупѣлость. (Stupiditas seu dementia acuta curabilis)—неврозъ съ психическимъ истощеніемъ.
4. Чувственный бредъ или галлюцинаторное помѣшательство. (Delirium hallucinatorium, psychoneurosis hallucinatoria).

Прибавленіе

Случайные исходы этихъ четырехъ формъ въ неизлѣчимыя формы:

a) вторичное помѣшательство (Paranoia secundaria).

b) заключительное слабоумie (Dementia secundaria; dementia consecutiva).
   α) возбужденное (dementia agitata s. inquies).
   β) апатическое (dementia apathica).

B. B. Психическія дегенераціи (т. е. заболѣванія мозга болѣзненно—предрасположеннаго отъ рожденія или сдѣлавшагося предрасположеннымъ (инвалиднымъ, недужнымъ) въ теченіе жизни.

1. Резонирующее помѣшательство или конституціонально-аффективное помѣшательство.

2. Первичное помѣшательство (Paranoia)
   - a) прирожденная форма (Paranoia originaria).
   - b) пріобрѣтенная ф. (P. tardiva)
     - α) бредъ преслѣдованія (P. persecutoria)
       - 1. P. persecutoria typica.—Типическая форма бреда преслѣдованія.
       - 2. Par. querulens — сутяжное сумасшествіе.
     - β) Paranoia expansiva (съ преобладаніемъ бреда величія).
       - 1. P. inventoria s. reformatoria—бредъ изобрѣтеній и преобразованій
       - 2. P. religiosa — религіозное сумашествіе.
       - 3. P. erotica—любовное сумашествіе.

3. Періодическіе психозы.

4. Психозы, происходящіе изъ конституціональныхъ нейрозовъ:
   - a) нейрастеническіе психозы,
   - b) эпилептическіе психозы,
   - c) истерическіе психозы,
   - d) ипохондрическіе психозы.

II. Органическіе психозы (психическія разстройства съ постояннымъ анатомо-патологическимъ субстратомъ, органическія болѣзни мозга съ преобладаніемъ психическихъ разстройствъ).

1. Delirium acutum (острый бредъ), транссудативная гиперемія съ переходомъ въ periencephalitis diffusa acuta
2. Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ. Dementia paralytica seu paralysis progressiva alienorum (periencephalo-meningitis diffusa chronica).
3. Lues cerebralis (сифилисъ головного мозга)
4. Dementia senilis (старческое слабоуміе—первичная атрофія коры).

Прибавленіе. Отравленія

(Болѣзни, служащія переходомъ отъ I-й группы ко II-й)

1. Хроническій алкоголизмъ (Alcoholismus chronicus)
2. Morphinismus.

B. Состоянія психическаго недоразвитія.

Idiotismus (et cretinismus).
a) слабоумная форма (съ преобладаніемъ умственнаго недоразвитія; прирожденное слабоуміе (гипоумiе) и прирожденное безуміе.
b) моральная форма (прирожденное нравственное помѣшательство, нравственный идіотизмъ, форма врожденнаго слабоумія съ преобладаніемъ нравственнаго недоразвитія.

Эта классификація, какъ видно, довольно сложна, и хотя она считается одною изъ лучшихъ современныхъ классификацій, но нужно признаться, что она далеко не удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ. Изучая психическія болѣзни на практикѣ, легко придти къ заключенію, что не всегда можно съ надлежащею правильностью отнести наблюдаемый случай къ той или другой формѣ Крафтъ-Эбинга. Кромѣ того, наблюденія надъ больными показываютъ, что между отдѣльными группами, принимаемыми Крафтъ-Эбингомъ, не существуетъ такихъ рѣзкихъ границъ, которыя онъ желалъ бы провести.

Въ подтвержденіе этого достаточно указать хотя бы на раздѣленіе болѣзней на органическія и чисто-функціональныя. Далеко не всегда и психонейрозы бываютъ безъ всякихъ органическихъ измѣненій: такъ при остромъ излѣчимомъ слабоуміи находятъ иногда весьма замѣтныя измѣненія въ головномъ мозгу. Очень можетъ быть, что то обстоятельство, что мы въ большинствѣ случаевъ не находимъ этихъ измѣненій при такъ-называемыхъ функціональныхъ психозахъ, зависитъ только отъ недостаточности нашихъ методовъ изслѣдованія, которые съ каждымъ годомъ совершенствуются, и та болѣзнь, которая сегодня считается чисто-функціональною, завтра должна будетъ перейти въ группу органическихъ. Кромѣ того между функціональными психозами и органическими естественныя переходныя формы составляютъ болѣзни, называемыя Крафтъ-Эбингомъ заключительными состояніями послѣ психонейрозовъ — вторичное помѣшательство и заключительное слабоуміе; при этихъ формахъ почти всегда есть въ мозгу замѣтныя измѣненія въ видѣ атрофіи мозговой коры, а эти формы тоже причисляются Крафтъ-Эбингомъ къ психонейрозамъ. Точно также хроническій алкоголизмъ составляетъ переходную форму между психическими дегенераціями и органическими психозами. Существуютъ далѣе формы, которыя съ одной стороны подходятъ къ группѣ психонейрозовъ, а съ другой—къ психическимъ дегенераціямъ. Такъ, напр., манія лишь въ исключитель-

ныхъ случаяхъ бываетъ какъ форма самостоятельная, большею частью она является лишь въ качествѣ отдѣльнаго приступа періодическаго помѣшательства, которое Крафтъ-Эбингомъ относится къ числу психическихъ дегенерацій. Наконецъ, между этими послѣдними и группой психозовъ, обусловленныхъ недоразвитіемъ, не существуетъ тоже рѣзкихъ границъ, такъ какъ врожденное слабоуміе есть тоже одно изъ проявленій дегенераціи.

Все это, вмѣстѣ взятое, дѣлаетъ Крафтъ-Эбингофскую классификацію далеко не идеальною и заставляетъ желать другой, болѣе совершенной группировки болѣзней. Дѣло это однако настолько трудное, что почти каждый психіатръ, вдумывающійся серьезно въ этотъ вопросъ, пытается составить свою классификацію, не будучи доволенъ чужими. Это обусловливается въ значительной степени и тѣмъ, что при составленіи классификацій автору трудно быть совершенно объективнымъ; онъ всегда невольно увлекается нѣкоторыми излюбленными сторонами, какою-нибудь одною имъ выработанною точкою зрѣнія, вслѣдствіе чего и результатъ работы является одностороннимъ. Такихъ болѣе или менѣе одностороннихъ классификацій мы имѣемъ довольно много, и въ различныхъ государствахъ пользуются классификаціями различныхъ авторовъ. Такъ, въ Италіи распространена классификація Морзелли, въ Великобританіи Клустона, Хакъ-Тьюка и другихъ, во Франціи—классификація Маньяна. Послѣдняя классификація такова:

I. Состоянія смѣшанныя, относящіяся столь же къ психіатріи, какъ къ остальной патологіи.

Общій параличъ.

Старческое слабоуміе (атероматозное перерожденіе сосудовъ головного мозга).

Ограниченныя страданія головного мозга, напр. афазія. { размягченіе, кровоизліяніе, опухоли и пр.

Истерія.

Эпилепсія.

Алкоголизмъ и отравленія. { полынной настойкой, морфіемъ и опіемъ, спорыньей, свинцомъ и пр.

II. Психозы въ собственномъ смыслѣ (folies).

Манія . . . .
Меланхолія . . . . . { въ простыхъ формахъ.

Хроническій бредъ съ систематическимъ развитіемъ (Délire chronique avec évolution systématique).	періодъ инкубаціонный, періодъ преслѣдованія, періодъ горделивый, періодъ слабоумія.
Перемежающіяся формы (Folies interminentes).	простая форма круговая (circulaire), à double forme, alterne.

Психозы вырожденія съ временными синдромами и быстро-развивающимся первичнымъ бредомъ (Folie des dégénerés avec les syndromes épisodiques et les délires d'emblée (primaires).

Идіотизмъ (Idiots), тупоуміе (Imbeciles), отсталость (débiles), неуравновѣшенность (déséquilibrés).

Въ этой классификаціи, въ общемъ довольно простой, существуетъ тотъ недостатокъ, что она предопредѣляетъ, какія формы должны быть дегенеративныя, какія недегенеративныя, что часто на практикѣ ведетъ къ недоразумѣніямъ. Такъ, напр., типичный бредъ преслѣдованія, называемый Маньяномъ délire chronique avec évolution systématique, относится Крафтъ-Эбингомъ и многими другими къ психическимъ дегенераціямъ, а Маньянъ не признаетъ, чтобы эта болѣзнь была проявленіемъ дегенераціи. Съ другой стороны многія формы, какъ острое галлюцинаторное помѣшательство, по его классификаціи должны относиться непремѣнно къ дегенераціямъ (къ бредовымъ вспышкамъ или къ несистемнымъ бредамъ дегенерантовъ), а это далеко не доказано.

Въ послѣднее время въ Германіи имѣетъ нѣкоторое распространеніе довольно оригинальная классификація Крепелина, профессора въ Гейдельбергѣ. Крепелинъ стремится создать классификацію главнымъ образомъ на основаніи наблюденія надъ происхожденіемъ, свойствомъ и всѣмъ теченіемъ болѣзни; однимъ изъ главныхъ признаковъ для раздѣленія душевныхъ болѣзней онъ считаетъ ихъ *окончательный исходъ*; онъ полагаетъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ, если сдѣлать правильно діагностику болѣзни, можно предсказать даже въ самомъ началѣ и ея исходъ, т. е. кончится ли она выздоровленіемъ, или нѣтъ. Уже сама по себѣ постановка этого принципа, какъ главнаго при группировкѣ болѣзней, не совсѣмъ правильна. Хотя несомнѣнно есть болѣзни, при которыхъ діагностика связана и съ предсказаніемъ о неизлѣчимости (какъ, напр., прогрессивный параличъ, идіотизмъ), но во многихъ случаяхъ исходъ зависитъ и отъ условій, въ которыхъ находится больной,—отъ лѣченія, отъ интенсивности заболѣванія и отъ той почвы, на которой развилась болѣзнь. Это общее патологическое положеніе относится къ душевнымъ болѣзнямъ, также

какъ ко всѣмъ другимъ, а между тѣмъ Крепелинъ ему придаетъ слишкомъ малое значенie, почему и его раздѣленie болѣзней является довольно одностороннимъ. Тѣмъ не менѣе нѣкоторыя вводимыя имъ въ классификацiю формы, какъ dementia praecox, представляютъ существенный интересъ, да и самая группировка должна быть отмѣчена. По новѣйшему (6-му) изданiю его учебника группировка должна быть такая:

I. Инфекцiонное помѣшательство
  A. Лихорадочный бредъ.
  B. Инфекцiонный бредъ (начальный бредъ, бредъ при оспѣ, тифѣ, бѣшенствѣ)
  C. Инфекцiонныя состоянiя слабости (измѣненiя настроенiя, образованiе бредовыхъ идей, экспансивныя формы, полиневритическiй психозъ)

II. Психозы истощенiя.
  A. Бредъ при коллапсѣ.
  B. Острая спутанность (Amentia)
  C. Хроническое нервное истощенiе (прiобрѣтенная неврастенiя, ипохондрiя).

III Психозы при отравленiяхъ.
  1 Острыя отравленiя
  2 Хроническiя отравленiя.
  A. Алкоголизмъ.
  B. Морфинизмъ.
  C. Кокаинизмъ.

IV. Тиреогенное помѣшательство.
  A. Микседематозное помѣшательство
  B. Кретинизмъ.

V. Dementia praecox.
  1. Гебефреническiя формы
  2. Кататоническiя формы
  3. Параноидныя формы (dementia paranoides и фантастическое помѣшательство)

VI. Dementia paralytica (паралитическое слабоумiе).

VII. Помѣшательство при органическихъ болѣзняхъ головного мозга.
  1. Различныя разлитыя заболѣванiя (глiозъ мозговой коры, разлитой склерозъ, сифилисъ мозга, артерiосклеротическое заболѣванiе, периваскулярный глiозъ, подкорковый энцефалитъ, множественный склерозъ).
  2 Ограниченныя заболѣванiя (опухоли мозга, гнойникъ, кровоизлiянiе, эмболiя, тромбозъ, травматическiя поврежденiя).

VIII. Психозы возраста регрессивныхъ измѣненiй, связанныя съ возрастомъ.
  A. Меланхолiя.
  B. Предстарческiй бредъ
  C. Старческое слабоумiе

IX. Маніакально-депрессивное помѣшательство (простыя періодическія и циркулярныя формы).
   1 Маніакальныя состоянія (гипоманія, неистовство и бредовыя формы).
   2 Депрессивныя состоянія (простое подавленіе, ступорь).
   3. Смѣшанныя состоянія (манія съ заторможеніемъ мышленія, маніакальныи ступоръ).

X Paranoia. Сумашествіе.
   1 Бредь преслѣдованія, величія и эротическое помѣшательство.
   2. Сутяжное помѣшательство.

XI. Общіе неврозы.
   1 Эпилептическое помѣшательство (куда относится дипсоманія, патологическое опьяненіе, какъ разновидность алкогольной эпилепсіи).
   2. Истерическое помѣшательство.
   3 Неврозъ испуга

XII Психопатическія состоянія (психозы вырожденія).
   A. Конституціональное разстройство настроенія.
   B. Помѣшательство въ формѣ навязчивыхъ идей.
   C. Импульсивное помѣшательство.
   D. Извращеніе полового чувства.

XIII Состоянія задержки психическаго развитія.
   A. Тупоуміе. (Imbecillitas)
   B Идіотизмъ.

Какъ видно, въ этой группировкѣ психозовъ существуютъ и нѣкоторыя другія отличія, кромѣ уже указанныхъ мною. Такъ, періодическіе психозы отнесены въ своеобразную группу „маніакально-депрессивныхъ“ состояній; совершенно отдѣльно поставлено помѣшательство тиреогенное; дипсоманія (запои) отнесенъ къ эпилептическому помѣшательству, что уже никакъ нельзя считать доказаннымъ.

Всѣ вышеизложенныя классификаціи, какъ я сказалъ, довольно сложны и односторонни и нравятся по преимуществу ихъ авторамъ и небольшому числу послѣдователей, а между тѣмъ потребность въ однообразной классификаціи, по возможности несложной, живо чувствуется всѣми занимающимися психіатріей и нуждающимися въ ней для составленія хоть сколько-нибудь однообразныхъ отчетовъ о движеніи заболѣваній по формамъ болѣзни въ заведеніяхъ для душевно-больныхъ Въ виду этого психіатры всѣхъ странъ давно уже были озабочены вопросомъ о составленіи и принятіи какой-нибудь одной, хотя бы и краткой, но простой классификаціи для отчетовъ.

Проекты такихъ упрощенныхъ классификацій были представлены составленной для этого бельгійской коммиссіей, избранной на международномъ съѣздѣ психіатровъ въ Антвернепѣ, представителями отъ различныхъ государствъ. Эта коммиссія сдѣлала между ними выборку и остановилась на нижеприводимой классификаціи, утвержденной между-

народнымъ съѣздомъ психіатровъ, происходившимъ въ Парижѣ въ 1889 году.

Номенклатура, принятая на международномъ конгрессѣ по психіатріи, состоявшемся въ Парижѣ въ 1889 году.

1. Манія, манія съ бредомъ, delirium acutum.
2. Меланхолія, меланхолія съ безуміемъ, меланхолія съ ступоромъ.
3. Періодическіе психозы.
4. Хроническое первичное помѣшательство.
5. Вторичное слабоуміе (Démence vésanique).
6. Слабоуміе органическое, старческое слабоуміе.
7. Паратичное слабоуміе.
8. Нейропатическіе психозы (истерическіе, ипохондрическіе, эпилептическіе, нейрастеническіе).
9. Токсическіе психозы.
10. Нравственное и импульсивное помѣшательство
11. Идіотизмъ и тупоуміе.
12. Случаи неопредѣленные.

Этой классификаціей однако и въ международныхъ отчетахъ пользуются довольно мало.

Психіатры Россіи тоже посвятили много труда выработкѣ классификаціи, удобной для отчетовъ. Первая русская классификація такого рода выработана была Обществомъ психіатровъ въ С.-Петербургѣ и была принята на съѣздѣ отечественныхъ психіатровъ, бывшемъ въ Москвѣ въ 1887 г. Вотъ эта классификація:

Классификація, принятая Обществомъ психіатровъ въ С.-Петербургѣ въ засѣданіи 5 апрѣля 1886 г.

1. Melancholia (мрачное помѣшательство)
2. Mania (манія)
3. Paranoia (первичное сумасшествіе:
   - a) acuta (острое)
   - b) chronica (хроническое).
4. Dementia (слабоуміе):
   - a) e melancholia, mania, paranoia (вслѣдствіе психозовъ: мрачнаго помѣшательства, маніи и первичнаго сумасшествія).
   - b) e laesione cerebri organica (вслѣдствіе органическаго пораженія мозга)
   - c) senilis (старческое)

5. Paralysis generalis progressiva (общій прогрессивный параличъ).
6. Psychoses hystericae (истерическое помѣшательство).
7. Psychoses epilepticae (эпилептическое помѣшательство).
8. Psychoses periodicae (періодическое помѣшательство).
9. Delirium tremens (острый бредъ пьяницъ или бѣлая горячка).
10. Delirium acutum (острый бредъ).
11. Imbecillitas (прирожденное слабоуміе).
12. Idiotismus et cretinismus (врожденное безуміе и кретинизмъ).
13. Особые случаи.

Классификаціей этой, нѣсколько устарѣвшей, пользуются однако далеко не всѣ представители психіатріи въ Россіи. **Медицинскій департаментъ** для своихъ отчетовъ въ теченіе послѣднихъ лѣтъ пользуется такой классификаціей, выработанной, сколько мнѣ извѣстно, д-ромъ М. В. Игнатьевымъ:

1. Кретинизмъ.
2. Слабоуміе врожденное.
3. Слабоуміе паралитическое.
4. Слабоуміе старческое.
5. Слабоуміе послѣдовательное.
6. Остальныя формы пріобрѣтеннаго слабоумія.
7. Мрачное помѣшательство.
8. Неистовое помѣшательство.
9. Простое первичное помѣшательство.
10. Эпилептическое помѣшательство.
11. Истерическое помѣшательство.
12. Алкогольное помѣшательство.
13. Другія формы психопатическаго состоянія.
14. Случаи, находящіеся подъ наблюденіемъ.
15. Неврозы.
16. Психически здоровые.

Общество невропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ, обсуждая проектъ вышеизложенной классификаціи Медицинскаго Департамента, выработало въ 1892 году нижеслѣдующую классификацію для отчетовъ:

1. Меланхолія—Melancholia
2. Манія—Mania.
3. Первичное или остро развивающееся безсмысліе.
4. Смѣшанныя и нетипичныя формы острыхъ психозовъ.

5. Первичное помѣшательство съ хроническимъ развитіемъ—Paranoia chronica.
6. Слабоуміе послѣдовательное—Dementia secundaria.
7. Періодическіе психозы—Psychoses periodicae.
8. Дегенеративная психопатія—Psychopathia degenerativa.
9. Эпилептическіе психозы—Psychoses epilepticae.
10. Истерическіе психозы—Psychoses hystericae.
11. Алкогольные психозы за исключеніемъ бѣлой горячки—Alcoholismus chronicus.
12. Бѣлая горячка—Delirium tremens.
13. Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ—Paralysis progressiva alienorum.
14. Старческое слабоуміе—Dementia senilis.
15. Слабоуміе при болѣе или менѣе ограниченныхъ заболѣваніяхъ головного мозга—Dementia e laesione cerebri circumscripta.
16. Прирожденное слабоуміе—Imbecillitas et Idiotismus.
17. Особыя формы.
18. Случаи, форма болѣзни въ которыхъ еще не опредѣлена.
19. Психически-здоровые.

Потребность въ простой номенклатурѣ душевныхъ болѣзней чувствуется не только психіатрами, но и вообще врачами, занимающимися общественной медициной и статистическими изслѣдованіями по распространенію болѣзней. Поэтому вопросъ о такой номенклатурѣ возникалъ и при обсужденіи общей номенклатуры болѣзней на съѣздахъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова. Въ проектѣ общей номенклатуры, выработанной на основаніи отзывовъ многочисленныхъ русскихъ медицинскихъ коллегій и изложенныхъ въ особомъ приложеніи, часть, относящаяся къ душевнымъ заболѣваніямъ сводится къ слѣдующему:

1. Острыя душевныя разстройства:
   а) меланхолія,
   б) манія,
   в) галлюцинаторное помѣшательство,
   г) излѣчимое слабоуміе,
   д) смѣшанныя формы острыхъ психозовъ
2. Первичное помѣшательство съ хроническимъ развитіемъ.
2. Слабоуміе послѣдовательное.
4. Періодическіе психозы.

5. Спеціальныя душевныя разстройства вырождающихся:
   а) резонирующее помѣшательство,
   б) нравственное помѣшательство,
   в) патологическія особенности влеченій,
   г) навязчивыя идеи,
   д) ипохондрія.
6. Эпилептическіе психозы.
7. Истерическіе психозы
8. Психозы на почвѣ другихъ неврозовъ.
9. Алкогольные психозы:
   а) бѣлая горячка,
   б) періодическое пьянство,
   в) прочіе алкогольные психозы.
10. Другіе токсическіе психозы.
11. Общій прогрессивный параличъ помѣшанныхъ.
12. Старческое слабоуміе.
13. Слабоуміе при ограниченныхъ органическихъ заболѣваніяхъ головного мозга:
   а) при кровоизліяніи въ мозгъ,
   б) при опухоли мозга,
   в) при сифилисѣ мозга,
14. Прирожденное слабоуміе:
   а) идіотизмъ,
   б) тупоуміе (imbecillitas)
15. Кретинизмъ.

Не считая какую-либо изъ существующихъ въ настоящее время классификацій вполнѣ удовлетворительною, я въ своемъ изложеніи не буду руководствоваться какою-либо изъ нихъ, а буду держаться того раздѣленія болѣзней, какое мнѣ лично кажется наиболѣе удобнымъ.

Предлагая новое распредѣленіе психическихъ разстройствъ, я имѣю въ виду: 1) то, чтобы была возможность всякую наблюдаемую форму, хотя бы чисто симптоматическую, психическаго разстройства обозначить какимъ-нибудь опредѣленнымъ названіемъ, 2) то, чтобы классификація удовлетворяла главнымъ образомъ ***клиническимъ*** потребностямъ, т.-е. помогала бы постановкѣ истиннаго діагноза болѣзни, давая возможность раздѣлить болѣзни на формы, различающіяся по особенностямъ симптомовъ и теченія и по происхожденію въ зависимости какъ отъ анатомофизіологической подкладки, такъ и отъ болѣе отдаленныхъ причинъ, 3) въ то же время не заставляла бы насильственно втиски-

вать тотъ или другой случай, не подходящій къ точному опредѣленію, въ узкія рамки установленныхъ формъ и тѣмъ давала бы возможность дальнѣйшаго развитія нашихъ знаній относительно отдѣльныхъ формъ душевныхъ болѣзней. Въ виду этой послѣдней цѣли, какъ это будетъ видно изъ дальнѣйшаго, почти въ каждой отдѣльной группѣ формъ дано мѣсто нѣкоторымъ еще не вполнѣ выясненнымъ формамъ душевныхъ заболѣваній.

Я раздѣляю прежде всего отдѣльныя формы душевныхъ заболѣваній на 3 *класса*:

Въ первый классъ входятъ такія состоянія психическаго разстройства, которыя обыкновенно не называются собственно душевными болѣзнями. Это 1) такія скоропреходящія психическія разстройства, которыя являются какъ симптомы другихъ, чисто-соматическихъ болѣзней, и притомъ какъ симптомы не всегда обязательные; сюда относятся, наприм., бредъ при тифѣ, бредъ при коллапсѣ и т. п.; 2) скоропреходящія психопатическія состоянія, обусловленныя непосредственнымъ вліяніемъ яда, введеннаго въ организмъ, на психическія отправленія; сюда относятся опьяненіе, огравленіе гашишемъ и пр. и 3) самостоятельныя скоропреходящія психопатическія состоянія, являющіяся въ видѣ изолированнаго приступа у лицъ съ невропатическимъ предрасположеніемъ подъ вліяніемъ какихъ-нибудь случайныхъ условій; таковы, наприм., патологическій аффектъ, состояніе сомнамбулизма и др.

Весь этотъ классъ я называю: „скоропреходящія, симптоматическія и самостоятельныя психическія разстройства“.

Второй классъ составляютъ собственно психическія болѣзни—психозы и психопатическія конституціи.

Сюда входятъ болѣе или менѣе опредѣленныя и длительныя формы психическихъ болѣзней въ собственномъ смыслѣ слова, т.-е. болѣзни съ преобладающими или съ исключительно психическими симптомами, развивающіяся у человѣка, психическое развитіе котораго достигло нормальнаго уровня.

Третій классъ, въ противоположность второму, составляютъ состоянія психическаго недоразвитія. Сюда относятся формы врожденнаго слабоумія—идіотизмъ и кретинизмъ.

Наибольшій класъ есть *второй*, т.-е. *классъ собственно психическихъ болѣзней*. Относящіяся сюда формы я раздѣляю на три отдѣла. Къ первому отдѣлу относятся болѣзни, которыя представляютъ собою, такъ сказать, основные типы психическихъ заболѣваній. Сюда будутъ относиться меланхолія, манія, острое безсмысліе, паранойя и еще нѣ-

которыя другія болѣзни. Болѣзни этого отдѣла различаются между собою главнымъ образомъ по совокупности *психологическихъ* признаковъ, по *преобладающимъ симптомамъ* изъ области чисто-психическихъ проявленій и послѣдовательности ихъ смѣны.

Такъ, въ меланхоліи на первомъ планѣ стоитъ такой психологическій признакъ, какъ мрачное аффективное состояніе, связанное съ заторможеніемъ мышленія, причемъ симптомы развиваются въ извѣстной послѣдовательности, въ маніи—на первомъ планѣ увеличеніе влеченій, уменьшеніе высшихъ задержекъ, экспансивное настроеніе, причемъ тоже замѣтна характерная послѣдовательность въ развитіи психическихъ проявленій; въ остромъ безсмысліи—неспособность оріентироваться, неясность сознанія, спутанность и болѣе или менѣе быстро развивающееся отупѣніе; въ паранойѣ — ложныя идеи при достаточно ясномъ сознаніи, развивающіяся въ извѣстной послѣдовательности.

Благодаря преобладанію тѣхъ или другихъ психологическихъ признаковъ, обнаруживающихся въ опредѣленномъ порядкѣ, является нѣсколько основныхъ формъ, въ которыхъ и проявляются душевныя заболѣванія наиболѣе часто. Это именно „формы“ душевныхъ болѣзней, потому что по ихъ модели, такъ сказать, отливаются душевныя заболѣванія. Конечно, смотря по тому, какой матеріалъ будетъ отлитъ въ эти „формы“ или точнѣе, смотря по тому, разовьется ли психическое заболѣваніе у предварительно совершенно здороваго человѣка, или, наоборотъ, у дегенеранта, или потатора, или истеричнаго, въ деталяхъ внѣшняго проявленія заболѣванія будутъ отличія, но все-таки основной типъ той или другой формы будетъ сохраняться. Эти-то основные типы формъ душевныхъ заболѣваній и описываются въ 1-мъ отдѣлѣ II-го класса подъ названіемъ „основныя формы психозовъ“.

Изъ нихъ нѣкоторыя составляютъ наиболѣе простые типы психозовъ, другія же, хотя и составляютъ также типичныя болѣзни, но состоятъ изъ сочетаній отдѣльныхъ простыхъ типовъ; я описываю ихъ въ числѣ „смѣшанныхъ психозовъ“.

Для большинства этихъ психозовъ не найдено патогномоничнаго анатомопатологическаго субстрата и потому при различеніи ихъ нельзя брать въ основаніе анатомическую подкладку клинической картины. Это и составляетъ главное отличіе психозовъ этого отдѣла отъ психозовъ слѣдующаго, 2-го отдѣла.

Второй отдѣлъ II класса будутъ составлять такія душевныя болѣзни, которыя, хотя и должны быть причислены къ психозамъ по рѣзкости выраженія и значенію психическихъ симптомовъ и составляютъ также опредѣленныя „формы“, въ которыя отливаются душевныя заболѣванія,

но въ то же время характеризуются и цѣлымъ рядомъ соматическихъ симптомовъ со стороны нервной системы, указывающихъ на *органическую анатомическую подкладку* страданія. Для большинства формъ, сюда относящихся, анатомическая подкладка не только констатирована, но и вполнѣ патогномонична. Между 2-мъ и 1-мъ отдѣломъ не можетъ быть строго установленныхъ границъ; въ связи съ прогрессомъ науки, вѣроятно, многія изъ формъ чисто симптоматическихъ сдѣлаются анатомическими и благодаря этому получатъ бо́льшую опредѣленность въ отношеніи нозологическаго выдѣленія и тогда они перейдутъ изъ 1-го отдѣла во второй. Таковы, наприм., прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, старческое слабоуміе, сифилисъ мозга. Этотъ отдѣлъ я называю „Органическія психическія разстройства“ или органическіе психозы.

Третій отдѣлъ II-го класса образуютъ такія психическія болѣзни, которыя не представляютъ собою только формы заболѣванія, а составляютъ ту основную психопатическую почву, на которой развиваются тѣ или другія формы. Психическія болѣзни, относящіяся къ третьему отдѣлу, всегда составляютъ проявленіе неправильной конституціи, т.-е. разстройствъ неслучайныхъ, а тѣсно слившихся съ особенностями даннаго организма, вытекающихъ изъ основныхъ свойствъ организаціи, существующихъ или въ данный періодъ времени, или присущихъ организму отъ рожденія. Въ виду этого эти особенности могутъ быть и врожденными и пріобрѣтенными. Аналогично тому, какъ могутъ быть и нѣкоторыя соматическія конституціональныя болѣзни и врожденными, и пріобрѣтенными (наприм. сифилисъ), точно также и между психическими конституціональными болѣзнями могутъ быть и прирожденныя, и развившіяся въ теченіе жизни, какъ, наприм., вслѣдствіе злоупотребленія спиртными напитками, вслѣдствіе перенесенныхъ мозговыхъ болѣзней, вслѣдствіе какого нибудь діатеза или вслѣдствіе вліянія такихъ неврозовъ, какъ эпилепсія, неврастенія, истерія. Этотъ отдѣлъ я называю „психопатическія конституціи и конституціональные психозы“.

Существованіемъ той или другой психопатической конституціи опредѣляется и общій складъ психическаго строя даннаго лица, а также въ значительной степени и тотъ оттѣнокъ, который приметъ случайно развившаяся у даннаго субъекта одна изъ формъ основныхъ и органическихъ психозовъ.

Считаю необходимымъ тутъ же отмѣтить, что у одного и того же больного можетъ одновременно существовать и какая нибудь изъ формъ основныхъ или органическихъ психозовъ, и какая нибудь психопатическая конституція. Имѣя, напр., случай меланхоліи, мы можемъ въ тоже

время констатировать у больного и конституцію періодическаго психоза или конституцію, свойственную климактерическому періоду женщинъ. Изъ этого ясно вытекаетъ, что, по моему воззрѣнію, опредѣленіе болѣзни по предлагаемой классификаціи не можетъ сводиться лишь къ тому, чтобы обозначить „форму“ психическаго заболѣванія, а также и къ опредѣленію психопатической конституціи, если таковая есть.

О дальнѣйшихъ подробностяхъ моей классификаціи я говорить теперь не стану, потому что это возможно только на ряду съ изученіемъ отдѣльныхъ формъ душевныхъ болѣзней, что составляетъ предметъ слѣдующей части: „Частной патологіи и терапіи душевныхъ разстройствъ“. Теперь же ограничусь только представленіемъ этой классификаціи.

Классификація С. С. Корсакова.

I классъ. Скоропреходящія психическія разстройства, симптоматическія и самостоятельныя.

A) Скоропреходящія психопатическія состоянія, связанныя съ общими соматическими болѣзнями.

1. Лихорадочный бредъ, Delirium febrile.
2. Психопатическія состоянія при общихъ болѣзняхъ, не обусловленныя лихорадкой.—Инфекціонный бредъ.
3. Бредъ при коллапсѣ.
4. Астеническая спутанность, Confusio mentalis asthenica
5. Травматическій или „нервный“ бредъ, Delirium nervosum s. traumaticum.
6. Состоянія коматозныя и т. п.

B) Психопатическія состоянія при отравленіяхъ.

1. Отравленіе алкогольными напитками, опьяненіе.
2. Другія отравленія, выражающія въ разстройствѣ психической дѣятельности.

C) Самостоятельныя скоропреходящія психопатическія состоянія.

1. Скоропреходящее умопомѣшательство, Vesania transitoria.
2. Патологическій аффектъ.
3. Патологическія проявленія сна (сомнамбулизмъ, просоночный бредъ, летаргія)
4. Другія скоропреходящія психопатическія состоянія (гипнотическія и др.).

II классъ Психозы и психопатическія конституціи.

А) Первый отдѣлъ. Основныя формы психозовъ.

1. Меланхолія, Melancholia. Ея виды.
   - Dysthymia (melancholica).
   - Melancholia typica.
   - Melancholia attonita, mel. c. stupore.
2. Манія, Mania. Ея виды:
   - Mania exaltativa.
   - Mania typica (furibunda).
   - Mania gravis.
3. Остро развивающееся безсмысліе, Amentia Meynerti, Dysnoia. Его виды:
   - a) Dysnoia abortiva.
   - b) Dysnoia deliriosa, острое бредовое безсмысліе или острое галлюцинаторное помѣшательство.
   - c) Disnoia stuporosa, stupiditas, острое ступорозное безсмысліе, первичное острое слабоуміе.
   - d) Dysnoia dementica.
4. Первичное помѣшательство, Paranoia.
   1) Острое и полуострое, Paranoia acuta et subacuta.
   2) Хроническая паранойя, Paranoia chronica. Его виды:
      - a) Типическій бредъ преслѣдованія съ систематическимъ развитіемъ
      - b) резонирующая форма бреда преслѣдованія—его подвидъ—сутяжное помѣшательство.
      - c) религіозное помѣшательство.
      - d) эротическое.
      - e) другіе виды.
5. Смѣшанныя формы:
   1) Меланхолическое умопомѣшательство, Vesania melancholica.
   2) Неистовое умопомѣшательство, Vesania maniacalis.
   3) Кататоническое умопомѣшательство, Vesania catatonica.
   4) Преждевременное слабоуміе, Dementia praecox.
      Подвиды: а) юношеская форма,
      б) dementia paranoides.
   5) Другія смѣшанныя формы.

6 Исходныя состоянія:

1) Вторичное помѣшательство, Paranoia secundaria.
2) Вторичное слабоумie, Dementia secundaria

В) Второй отдѣлъ. Органическія психическія разстройства. Органическіе психозы.

1. Острый бредъ, Delirium acutum.
2. Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, Paralysis progressiva alienorum.
3. Старческое слабоумie, Dementia senilis.
4. Недостаточно опредѣленныя различныя органическія заболѣванія, выражающіяся психическими симптомами.
5. Полиневритическій психозъ, Psyhosis polyneuritica.
6 Сифилисъ головного мозга, Lues cerebralis.
7. Слабоумie вслѣдствie ограниченнаго заболѣванія мозга, Dementia e laesione cerebri circumscripta.

С) Третій отдѣлъ. Психопатическія конституціи и конституціональные психозы.

1. Періодическіе психозы Конституція періодическихъ психическихъ разстройствъ, Psychoses periodicae, Psychoses intermittentes. Виды:	a) Простыя періодическія формы. b) Циркулярныя формы.
2. Прирожденная психопатическая конституція, Psychopathia degenerativa originaria. Проявленія:	1) Общая неуравновѣшенность. 2) Paranoia originaria. 3) Индуцированное помѣшательство. 4) Бредовыя вспышки дегенерантовъ. 5) Резонирующее помѣшательство. 6) Нравственное помѣшательство. 7) Половое извращеніе. 8) Импульсивное помѣшательство. 9) Синдромы, еще не вполнѣ выдѣленные

3. Неврастеническая конституція. Неврастенія и неврастеническіе психозы. Psychoses neurasthenicae.
4. Психозы дегенеративно-неврастеническіе:
    1) Психозъ въ формѣ навязчивыхъ идей
    2) Ипохондрія и ипохондрическіе психозы. Hypochondria et psychoses hypochondriacae.
5. Эпилептическая конституція. Эпилептическіе психозы, Psychoses epilepticae. Проявленія:
    a) Психическая дегенерація эпилептиковъ.
    b) Скоропреходящіе эпилептическіе психозы.
    c) Затяжные эпилептическіе психозы.
6. Истерическая конституція. Истерическіе психозы, Psychoses hystericae. Проявленія:
    a) Психическая дегенерація истеричныхъ.
    b) Скоропреходящія формы истерическаго психическаго разстройства.
    c) Затяжныя формы истерическаго психическаго разстройства
    d) Психозы на истерической почвѣ.
7. Конституція, связанная съ другими неврозами.
    Другіе невропатическіе психозы (хореическіе психозы, психозы при Базедовой болѣзни, при болѣзни судорожныхъ подергиваній и др.)
8. Психопатическая конституція, связанная съ болѣзнями общаго обмѣна и питанія и хроническими болѣзнями отдѣльныхъ системъ и органовъ (психическія разстройства при микседемѣ, при туберкулезѣ, артритизмѣ, при парасифилитическихъ процессахъ, при кахексіяхъ).
9. Психопатическая конституція, развивающаяся какъ послѣдствіе мозговыхъ и въ частности психическихъ болѣзней.
10. Конституціональныя психическія болѣзни вслѣдствіе хроническихъ отравленій:
    1) Хроническій алкоголизмъ, куда относится психическая дегенерація пьяницъ, бѣлая горячка, затяжной бредъ пьяницъ и пр.
    2) Морфинизмъ
    3) Кокаинизмъ
    4) Другія хроническія интоксикаціи.

11. Конституціональныя психическія растройства, связанныя съ травмами (физическаго и психическаго свойства).
    а) собственно травматическіе психозы,
    б) травматическій невропсихозъ.
12. Психопатическая конституція, развивающаяся въ связи съ процессами періодовъ развитія (психозы дѣтей, періода полового развитія, беременности, климактерическаго періода, старческіе психозы).
13. Психопатическая конституція, связанная съ этнографическими (расовыми) особенностями.
14. Недостаточно выдѣленныя психопатическія конституціи.

III классъ. Состоянія психическаго недоразвитія.

1. Идіотизмъ въ тѣсномъ смыслѣ слова. Idiotismus.
2. Тупоуміе. Imbecillitas.
3. Кретинизмъ, Cretinismus.

Такова классификація, которою я буду пользоваться при описаніи отдѣльныхъ формъ душевныхъ болѣзней въ „Частной Психіатріи“. Тогда я постараюсь указать и тѣ основанія, которыя заставляютъ меня дѣлать тѣ или другія отступленія отъ той классификаціи, которою теперь наиболѣе часто пользуются, т. е. отъ классификаціи Крафтъ-Эбинга, также отъ нѣкоторыхъ другихъ распространенныхъ классификацій.

Патологическая анатомія при душевныхъ болѣзняхъ.

При вскрытіи лицъ, умершихъ отъ душевныхъ болѣзней, мы часто не находимъ никакихъ измѣненій въ томъ органѣ, въ которомъ должны ожидать этихъ измѣненій, т. е. въ головномъ мозгу. Уже это одно можетъ служить указаніемъ на то, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ душевныя болѣзни не вызываются рѣзко выраженными и притомъ опредѣленными для каждой болѣзни измѣненіями. Это и заставляетъ причислять очень большую часть психическихъ заболѣваній къ формамъ функціональнымъ, къ формамъ безъ опредѣленной анатомической подкладки.

Сравнительно меньшую часть составляютъ тѣ душевныя заболѣванія, при которыхъ почти всегда находятъ опредѣленный анатомопатологическій субстратъ, и которыя поэтому носятъ названіе органи-

ческихъ психозовъ. Но нельзя не прибавить къ этому, что, если теперь группа органическихъ психозовъ очень мала сравнительно съ группою функціональныхъ, то это не значитъ, что такъ и будетъ и всегда Очень можетъ быть, что при нѣкоторыхъ формахъ, считаемыхъ теперь функціональными, существуетъ и опредѣленный анатомическій субстратъ, но мы не можемъ его констатировать по недостаточности методовъ изслѣдованія. Какъ бы то ни было, но при современномъ развитіи науки мы должны считать и тѣ формы, которыя Крафтъ-Эбингъ называетъ „психо-нейрозами", и большинство формъ, относящихся къ психическимъ дегенераціямъ, за болѣзни, которыя обусловливаются не грубоанатомическими измѣненіями, а измѣненіями молекулярными, измѣненіями въ питаніи нервныхъ элементовъ мозговой коры.

Однако если это и такъ, все-таки при вскрытіи душевно-больныхъ вообще, даже и при функціональныхъ психозахъ, мы нерѣдко находимъ довольно рѣзкія аномаліи, довольно глубокія анатомическія измѣненія, но всѣ эти измѣненія таковы, что на нихъ нельзя смотрѣть какъ на непосредственную причину душевнаго заболѣванія въ данномъ случаѣ. Эти измѣненія, наприм., неправильности въ формѣ черепа, въ толщинѣ костей черепа и т. п., суть по бо́льшей части измѣненія, существующія параллельно съ разстройствомъ психической дѣятельности, а не непосредственно вызывающія это разстройство Поэтому, эти измѣненія могутъ при одномъ случаѣ данной болѣзни встрѣтиться, а при другомъ такомъ же случаѣ будутъ отсутствовать; кромѣ того не нужно забывать, что эти-же измѣненія могутъ встрѣтиться и *въ такихъ случаяхъ, гдѣ не было вовсе замѣтно существенныхъ уклоненій въ психической дѣятельности.*

Такимъ образомъ въ большинствѣ уклоненій отъ нормы, находимыхъ нами при вскрытіи душевно-больныхъ, особенно страдавшихъ функціональными психозами, мы не видимъ ничего специфическаго, долженствующаго непремѣнно обусловливать душевную болѣзнь, и, найдя эти уклоненія въ трупѣ человѣка, о психической жизни котораго мы ничего не знаемъ, мы не имѣемъ въ большинствѣ случаевъ права утверждать, что онъ при жизни страдалъ душевной болѣзнью.

Правда, бываютъ рѣдкіе случаи, гдѣ измѣненія, находимыя при вскрытіи очень рѣзки, какъ напр., глубокая атрофія мозга, очень рѣзко выраженныя явленія сдавленія мозгового вещества опухолью или головною водянкою, обширныя размягченія въ корѣ полушарій, гдѣ и на основаніи данныхъ вскрытія можно высказать, что, вѣроятно, при жизни были измѣненія въ психической сферѣ; но въ большинствѣ случаевъ самое большее, что можно сказать объ отношеніи находимыхъ при

вскрытии измѣненій въ черепѣ и въ полости черепа къ правильности душевной жизни—это то, что эти измѣненія служатъ указаніемъ на неправильность физіологическихъ процессовъ въ полости черепа, а неправильность физіологическихъ процессовъ могла обусловить и то молекулярное измѣненіе въ нервныхъ клѣткахъ мозговой коры, которое лежитъ въ основѣ психическаго разстройства.

Но если найдя при вскрытіи какія-нибудь не очень крупныя измѣненія въ полости черепа или въ костяхъ черепа, мы въ большинствѣ случаевъ не можемъ утверждать, что человѣкъ при жизни страдалъ психическою болѣзнію, то, съ другой стороны, и не найдя никакихъ измѣненій въ полости черепа и во всемъ организмѣ, мы не можемъ сказать, что человѣкъ не страдалъ психическою болѣзнью, такъ какъ очень многіе случаи рѣзкаго разстройства психической дѣятельности бываютъ рѣшительно безъ всякихъ замѣтныхъ анатомическихъ измѣненій.

Не смотря на все сказанное, вскрытія душевно-больныхъ имѣютъ очень большое значеніе. Хотя они часто и не указываютъ на анатомическій субстратъ даннаго душевнаго заболѣванія, но все-таки находимыя при вскрытіи измѣненія указываютъ на условія, въ которыхъ находилось питаніе мозга, и изъ сопоставленія наблюдаемыхъ при жизни явленій съ посмертными находками можно сдѣлать важные выводы. Вотъ почему новѣйшая психіатрія очень дорожитъ анатомо-патологическими изслѣдованіями, особенно такими, въ которыхъ макроскопическое изслѣдованіе соединено съ микроскопическимъ.

Измѣненія, наиболѣе часто наблюдаемыя у душевно-больныхъ, сводятся къ слѣдующему:

I. **Измѣненія со стороны черепа**. Измѣненія со стороны черепа имѣютъ большое значеніе съ одной стороны потому, что нѣкоторыя измѣненія указываютъ на неправильныя условія въ развитіи головы, условія, которыя могли вліять патологическимъ образомъ и на развитіе самого мозга, а съ другой и потому, что отъ величины черепа нерѣдко зависитъ и самое развитіе мозга, что̀ бываетъ, напр., при очень раннемъ окостенѣніи черепныхъ швовъ. Измѣненія со стороны черепа могутъ касаться:

1) его величины и формы: черепъ, напр., можетъ быть чрезвычайно великъ (macrocephalia) или чрезмѣрно малъ (microcephalia); послѣднее чаще всего зависитъ отъ преждевременнаго срастанія швовъ, но можетъ быть и при незаростаніи швовъ, какъ слѣдствіе общаго недостаточнаго развитія головы. Иногда форма черепа бываетъ не симметрична, что̀ можетъ зависѣть или отъ заращенія какого-нибудь одного

шва, или вслѣдствіе рахитизма, или вообще чрезмѣрнаго роста какой-нибудь отдѣльной части.

На форму черепа большое вліяніе оказываетъ именно состояніе его швовъ. Отдѣльные черепные швы у человѣка зарастаютъ не въ одно время. Такъ лобный швъ (соединяющій двѣ половины лобной кости) обыкновенно зарастаетъ до пяти-лѣтняго возраста, слитіе затылочной и основной костей происходитъ обыкновенно къ 18—20 годамъ, между тѣмъ какъ зарастаніе большихъ швовъ свода черепа происходитъ лишь въ старости, причемъ раньше зарастаетъ стрѣловидный швъ, а потомъ вѣнечный и ламбдовидный. У различныхъ людей это старческое окостенѣніе швовъ происходитъ въ разное время, у иныхъ относительно рано, у другихъ лишь въ глубокой старости. По иной разъ эти швы, всѣ или одинъ изъ нихъ, подъ вліяніемъ патологическихъ условій окостенѣваютъ и ранѣе, даже въ дѣтствѣ. Тогда происходитъ остановка развитія кости черепа въ направленіи перпендикулярномъ направленію шва и укороченіе соотвѣтствующаго размѣра черепа. Отсюда и происходитъ множество разнообразныхъ патологическихъ измѣненій формы черепа, о которыхъ мы говорили при обзорѣ физическихъ признаковъ дегенераціи. Очень большое значеніе имѣетъ раннее зарощеніе швовъ основанія черепа (synostosis tribasilaris), наблюдаемое у кретиновъ.

Размѣры черепа имѣютъ большое значеніе въ ученіи о дегенераціи, и потому при вскрытіяхъ душевно больныхъ обыкновенно производится описаніе не только формы черепа, но и отмѣчаются результаты точнаго измѣренія его окружности, вмѣстимости и различныхъ діаметровъ (главнымъ образомъ наибольшаго длинника, наибольшаго поперечника и высоты черепа) по правиламъ, указываемымъ краніометріей.

Многіе изслѣдователи держатся того взгляда, что въ общемъ черепа душевно-больныхъ нѣсколько больше, чѣмъ черепа душевно-здоровыхъ той же расы и соотвѣтствующаго возраста. Есть указанія и на то, что у душевно-больныхъ сравнительно болѣе развита передняя часть черепа, тогда какъ у здоровыхъ — задній его отдѣлъ. Крайнія величины показателей (индексовъ) ширины черепа и высоты его наблюдаются также у душевно-больныхъ чаще, чѣмъ у здоровыхъ.

Точно также для ученія о дегенераціи имѣетъ значеніе изслѣдованіе нѣкоторыхъ особенностей его формы,—недоразвитіе лобной или затылочной кости, аномальное направленіе швовъ, бо́льшая или меньшая глубина нѣкоторыхъ вдавленій, присутствіе добавочныхъ или Ворміевыхъ костей. Тутъ особенный интересъ представляютъ тѣ особенности, которыя считаются проявленіемъ атавизма. Такъ, напр., форма соединенія четырехъ костей на днѣ височной ямки (лобной, теменной, височной

и клиновидной) такъ наз. pterion, обычно похожа на букву Н, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ она похожа на букву Х; въ такомъ видѣ pterion обыкновенно наблюдается у нѣкоторыхъ обезьянъ (у шимпанзе, иногда и у гориллы), а потому нѣкоторые считаютъ это за проявленіе атавизма

2) При изслѣдованіи черепа обращается вниманіе на толщину костей и состояніе diploë. Толщина костей бываетъ у душевно-больныхъ нерѣдко измѣнена; чаще приходится наблюдать утолщеніе костей, съ отсутствіемъ diploë. Иногда кости бываютъ и чрезмѣрно утончены; при этомъ и утощеніе, и утонченіе костей можетъ распредѣляться неравномѣрно

3) Затѣмъ при осмотрѣ костей черепа нужно обращать вниманіе на кровенаполненіе костнаго вещества, на существованіе остеофитовъ, нерѣдко въ порядочномъ количествѣ находящихся на внутренней поверхности черепа. Какъ на внутренней, такъ и на наружной поверхности черепа могутъ быть различныя новообразованія. Иногда мы встрѣчаемъ на черепѣ слѣды глубокихъ травматическихъ поврежденій или какихъ нибудь болѣзненныхъ процессовъ, наприм., костоѣды, сифилитическаго пораженія костей, рахитизма. Въ случаяхъ послѣродовыхъ психозовъ иногда наблюдалась остеомаляція.

II. **Измѣненія твердой оболочки головного мозга.** Они встрѣчаются часто при вскрытіи больныхъ, страдавшихъ длительными душевными разстройствами Въ этихъ случаяхъ твердая оболочка часто бываетъ срощена съ внутренней поверхностью черепа, такъ что ее трудно отъ нея отдѣлить. Нерѣдко бываетъ гиперемія твердой оболочки и утолщеніе ея. На внутренней ея поверхности бываютъ слѣды воспаленія (pachymeningitis interna), иногда съ кровоизліяніями. Иной разъ ложныя перепонки на внутренней поверхности твердой оболочки образуютъ довольно значительную опухоль съ кровоизліяніями (haematoma durae matris).

III. **Измѣненія въ мягкой и паутинной оболочкахъ.** Эти измѣненія бываютъ при душевныхъ болѣзняхъ очень часто; оно и понятно: сосуды коры полушарій проходятъ сквозь pia cerebralis, и потому вліяніе разстройства кровообращенія въ корѣ полушарій должно отражаться и на состояніи мягкой оболочки. Поэтому измѣненія, которыя бываютъ въ мягкой оболочкѣ, сосредоточиваются преимущественно на выпуклой поверхности мозга. Очень часто мягкая оболочка (pia) утолщается, срастается съ поверхностью мозга настолько, что не можетъ быть оторвана отъ прилежащихъ частей коры безъ нарушенія цѣлости мозга Во многихъ случаяхъ сосуды мягкой оболочки рѣзко переполнены кровью Переполненіе кровью бываетъ какъ въ мелкихъ артеріяхъ (активная гиперемія), такъ и въ венахъ, которыя представляются нали-

тыми и раздутыми Иногда въ мягкой оболочкѣ бываетъ довольно большое количество кровоподтековъ отъ мелкихъ кровоизліяній. Иной разъ между мягкой оболочкой и поверхностью мозга замѣчается слой жидкаго эксудата Пахіоновы грануляціи очень нерѣдко чрезмѣрно увеличены, особенно у лицъ, злоупотреблявшихъ спиртными напитками.

Въ паутинной оболочкѣ (tunica arachnoidea) тоже нерѣдко замѣтны: кровенаполненіе, помутнѣніе, разлитое или точечное особенно вдоль сосудовъ; очень часто въ полости arachnoidea замѣчается очень большое количество жидкости. Въ случаяхъ прогрессивнаго паралича и старческаго слабоумія благодаря развитію перемычекъ и срощеній съ мягкой оболочкой, находятся нерѣдко какъ бы отдѣльныя полости, наполненныя серозною жидкостью, образующія нѣчто въ родѣ кисты и давящія на поверхность мозга; эти своеобразныя кисты, по мнѣнію проф. И. П. Мержеевскаго и В. М. Бехтерева, могутъ быть причиною апоплектоидныхъ припадковъ при прогрессивномъ параличѣ и другихъ болѣзняхъ. Очень нерѣдки мелкія кровоизліянія въ arachnoidea (впрочемъ по преимуществу эти кровоизліянія суть явленія предсмертныя). Иногда попадаются конкременты, окостенѣвшія бляшки.

IV. Измѣненіе головного мозга. Со стороны самого мозга измѣненія бываютъ весьма разнообразныя. Нерѣдко въ случаяхъ затяжныхъ психическихъ болѣзней весь мозгъ рѣзко уменьшается въ объемѣ, что обнаруживается и въ уменьшеніи его вѣса.

Взвѣшиваніе мозга душевно-больныхъ представляетъ довольно большой интересъ какъ по отношенію къ величинѣ абсолютнаго вѣса, такъ и по отношенію къ величинѣ вѣса отдѣльныхъ частей. Изслѣдованія вѣса человѣческаго мозга при нормальныхъ условіяхъ привели къ такимъ результатамъ: 1) вѣсъ мозга болѣе у лицъ высокаго роста, чѣмъ у лицъ малаго роста; 2) средній вѣсъ мозга (безъ оболочекъ) для мужчины по Бишофу—1362 грамма [1]), а для женщины 1219 граммъ; 3) наибольшій средній вѣсъ мозга отмѣченъ въ возрастѣ отъ 30—40 лѣтъ, и вообще вѣсъ мозга начинаетъ замѣтно падать (приблизительно на 120 граммъ) у мужчинъ между 60 и 70, а у женщинъ между 50—60 годами; 4) вѣсъ лѣваго полушарія обыкновенно на 5—7 граммъ болѣе вѣса праваго; 5) величина вѣса мозга находится, правда лишь до нѣкоторой степени, въ прямомъ отношеніи съ интеллектуальнымъ развитіемъ Такъ мозгъ Тургенева вѣсилъ 2020 граммъ, мозгъ Кювье 1861, мозгъ Байрона 1807, мозгъ Аберкромби 1785, Вольты — 1745, Петрарки—1602, мозгъ Канта 1600 граммъ, Шиллера — 1580, математика

[1]) По нѣкоторымъ заслуживающимъ мало довѣрія даннымъ онъ колеблется между 1565 и 1720 граммами.

Гаусса—1492, Брока—1484 грамма и т. д., хотя, несомнѣнно, вѣсъ мозга геніальныхъ людей бываетъ иногда даже и ниже средняго; такъ, мозгъ Гамбетты вѣситъ всего 1180, тогда какъ мозгъ одного совершенно неизвѣстнаго лондонскаго разночинца вѣсилъ 2458 граммъ; мозгъ одного невѣжественнаго и неразвитого скандинавскаго рабочаго—2420 граммъ, а вѣсъ мозга одной индіянки—2280 граммъ. Наиболѣе большой вѣсъ мозга былъ констатированъ у одного 21-лѣтняго недучнаго индіана; вмѣстѣ съ оболочками мозгъ въ свѣжемъ состояніи вѣситъ 2850 граммъ.

Само собою разумѣется, что нельзя измѣрять степень интеллектуальнаго развитія даннаго человѣка вѣсомъ его мозга, потому что для интеллекта имѣетъ значеніе не весь мозгъ in toto, а нѣкоторые его элементы, и кромѣ того имѣетъ значеніе не самая масса мозга, а тонкость развитія и правильное взаимодѣйствіе нервныхъ центровъ. Въ виду этого нѣтъ ничего удивительнаго и въ томъ фактѣ, что по нѣкоторымъ изслѣдователямъ черепа, найденные въ древнихъ индѣйскихъ могилахъ, больше средняго современнаго черепа и заставляютъ думать о большомъ вѣсѣ содержавшагося въ нихъ мозга.

Мейнертъ, придавая очень большое значеніе измѣненію вѣса мозга у душевно-больныхъ, предложилъ производить взвѣшиваніе его по частямъ. По его методу: 1) мозжечекъ не вырѣзывается вмѣстѣ съ Варолевымъ мостомъ и другими частями мозга и 2) мозговой стволъ вмѣстѣ съ зрительнымъ бугромъ, полосатымъ тѣломъ и Рейлевымъ островкомъ вылущивается изъ полушарій, такъ что мозговой покровъ можетъ быть взвѣшанъ отдѣльно, также какъ и составляющія его доли. Мозговой стволъ разсѣкается: a) на „центральную долю“, въ составъ которой входитъ corpus striatum и insula Reilii, b) на зрительный бугоръ, c) область четверохолмія и мозговыхъ ножекъ, d) Варолiевъ мостъ, e) продолговатый мозгъ.

Мозгъ взвѣшивается при этомъ вмѣстѣ съ оболочками и общій вѣсъ опредѣляется суммою вѣса отдѣльныхъ частей.

При взвѣшиваніи мозга нормальнаго взрослаго европейца Мейнертъ для отдѣльныхъ частей получилъ такія цифры (въ граммахъ)

	Лобныя доли.	Теменныя доли.	Затылочно височныя доли	Центральныя доли	Зрительные бугры.	Средній мозгъ.	Варолiевъ мостъ	Продолговатый мозгъ	Мозжечекъ
мужч.	450	251	383	81.36	26.40	9.03	16.58	6 25	148
женщ	400	216	338	74.84	23 74	7.61	14.23	5.50	135

Сообщая способъ взвѣшиванія Мейнерта, я долженъ впрочемъ прибавить, что его способъ разсѣченія, пригодный для опредѣленія вѣса, представляетъ въ тоже время довольно большія неудобства въ тѣхъ случаяхъ, когда желаютъ сохранить мозгъ для микроскопическихъ изслѣдованій съ цѣлью изучить направленіе перерожденія волоконъ.

Подъ вліяніемъ долго продолжающейся психической болѣзни, при длительномъ слабоумии вѣсъ мозга представляетъ значительныя уклоненія отъ нормы. При этомъ вѣсъ мозга очень часто замѣтно падаетъ (иногда на нѣсколько сотъ граммъ), и въ средней сложности, вообще, мозгъ душевно-больныхъ ниже вѣса мозга умственно здоровыхъ людей, хотя слѣдуетъ отмѣтить, что у нѣкоторыхъ душевно-больныхъ и эпилептиковъ тоже находили очень тяжелый мозгъ (въ одномъ случаѣ 1830 граммъ)

Далѣе у душевно-больныхъ нерѣдко замѣтно не то отношеніе между вѣсомъ праваго и лѣваго полушарія, которое замѣтно у нормальныхъ людей. При нормальныхъ условіяхъ лѣвое полушаріе превосходитъ правое, а у душевно-больныхъ они часто равны, или даже правое полушаріе превосходитъ лѣвое. При нѣкоторыхъ формахъ какъ, наприм., при прогрессивномъ параличѣ, замѣчается рѣзкое уменьшеніе вѣса мозгового покрова сравнительно съ вѣсомъ другихъ частей мозга.

Уменьшеніе вѣса мозга при душевныхъ болѣзняхъ обусловливается главнымъ образомъ атрофіею его, признаки которой у хроническихъ душевно-больныхъ замѣчаются нерѣдко, особенно въ корѣ полушарій. Иногда уменьшеніе вѣса мозга обусловливается и недостаточнымъ развитіемъ мозга, какъ, наприм., у идіотовъ, микроцефаловъ и тупоумныхъ.

Недостаточное и неправильное развитіе головного мозга у душевно-больныхъ выражается въ отсутствіи нѣкоторыхъ частей мозга, напр., въ недостаткѣ septi pellucidi, fornicis, corporis callosi и др. или въ аномальномъ развитіи извилинъ, неправильномъ расположеніи ихъ, въ чрезвычайной мелкости (microgyria). Особенно часто аномаліи въ развитіи извилинъ у душевно-больныхъ наблюдаются въ лобной долѣ, а именно по отношенію ко второй лобной извилинѣ. Нерѣдко замѣчается неравномѣрность обоихъ полушарій, несоразмѣрное отношеніе мозжечка и большого мозга. Иной разъ недостатокъ развитія цѣлыхъ отдѣловъ мозга обусловливается патологическими процессами въ утробной жизни, вслѣдствіе чего образуются глубокіе дефекты полушарій, иногда доходящіе отъ поверхности до желудочковъ (porencephalia).

Помимо врожденныхъ аномалій и пороковъ развитія, при вскрытіи

душевно-больныхъ мы находимъ нерѣдко и другія патологическія особенности, развившіяся уже послѣ рожденія и замѣтныя не только при микроскопическомъ, но и при макроскопическомъ изслѣдованіи. Такъ, самое частое явленіе есть атрофія мозга и главнымъ образомъ его коры. При атрофіи мозга онъ уменьшается въ своей величинѣ, вслѣдствіе чего количество жидкости между мозгомъ и черепомъ становится значительно больше (hydrocephalus externus). Особенно важны явленія атрофіи, замѣчаемыя въ корѣ полушарій: извилины становятся тоньше, уплощаются, иногда замѣчаются прямо большія впадины на поверхности мозга; при разрѣзѣ слой сѣраго вещества представляется значительно утонченнымъ, иногда до половины нормальной толщины, цвѣтъ его болѣе желтый и блѣдный. Атрофія коры особенно рѣзко замѣтна при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, при старческомъ слабоуміи и при исходныхъ формахъ слабоумія. Иногда она довольно равномѣрна, иногда въ однихъ мѣстахъ больше, въ другихъ много меньше; больше поражаются ею лобныя и теменныя доли мозга.

Помимо атрофіи мозга мы встрѣчаемъ у душевно-больныхъ и цѣлый рядъ другихъ измѣненій въ головномъ мозгу. Чаще всего попадаются различныя измѣненія, зависящія отъ неправильнаго кровенаполненія.

Почти во всѣхъ случаяхъ вскрытія душевно-больныхъ можно констатировать явленія гиперемія или анеміи мозга. При гиперемія мозга онъ красенъ, изъ разрѣза вытекаетъ много крови, и поверхность разрѣза какъ бы обрызгана кровью, сѣрое вещество интенсивно окрашено. При анеміи, напротивъ, мозгъ блѣденъ, сѣрое вещество не такъ интенсивно окрашено; часто вмѣстѣ съ анеміею мозга замѣтенъ и отекъ его. Отечность мозга впрочемъ бываетъ вообще однимъ изъ частыхъ явленій при вскрытіяхъ и можетъ имѣть значеніе лишь предсмертнаго явленія.

Подъ вліяніемъ долго продолжающейся гиперемія мозга сосуды его представляютъ рѣзкія измѣненія: они расширены, на разрѣзахъ зіяютъ, стѣнки ихъ утолщены, неравны. Очень часто въ периваскулярныхъ пространствахъ при этомъ находится гематинъ.

Вообще сосуды головного мозга у душевно-больныхъ представляютъ нерѣдко существенныя измѣненія, сводящіяся къ атероматознымъ измѣненіямъ и сифилитическимъ. Мельчайшіе сосуды подвергаются гіалиновому перерожденію. Иногда на нихъ бываютъ миліарныя аневризмы, дающія поводъ къ точечнымъ кровоизліяніямъ. Пространства около сосудовъ часто, особенно въ случаяхъ остраго бреда съ лихорадочнымъ

состоянiемъ (delirium acutum), наполнены массою бѣлыхъ кровяныхъ клѣтокъ, сдавливающихъ и сосуды, и сосѣдніе нервные элементы. Это впрочемъ относится уже къ микроскопическимъ измѣненiямъ, о которыхъ рѣчь будетъ ниже.

Нерѣдко наблюдается чрезмѣрное скопленіе жидкости въ желудочкахъ (hydrocephalus internus). Очень часто стѣнки желудочковъ представляются уплотненными, негладкими, какъ бы покрытыми зернышками (ependymatitis ventricolorum). Иногда то же явленіе наблюдается на стѣнкахъ Сильвiева водопровода, вслѣдствiе чего просвѣтъ его почти закрывается. Иногда замѣчаются кровоизлiянiя или фокусы тромботическаго размягченiя въ различныхъ отдѣлахъ мозга, кисты, наполненныя серозною жидкостью. Иногда бываютъ склеротическiя бляшки, иногда разлитой склерозъ мозга. Очень частое явленiе у идiотовъ и у лицъ, страдающихъ съ дѣтства падучею болѣзнью, составляютъ слѣды воспаленiя поверхностнаго вещества мозга (polioencephalitis). Иной разъ и у взрослыхъ приходится наблюдать рѣзкiя явленiя остраго геморрагическаго энцефалита, или очень распространенныя, или локализированныя на довольно ограниченныхъ мѣстахъ (напр., около дна 3-го желудочка у потаторовъ); далѣе, въ мозгу могутъ встрѣтиться различныя новообразованiя, напр., сифилитическiя, могутъ быть паразиты: cysticercus cellulosae, echinococcus и пр.

Очень большое значенiе имѣетъ микроскопическое изслѣдованiе головного мозга душевно-больныхъ. Нельзя, конечно, сказать, чтобы развившееся въ настоящее время направленiе старательно изслѣдовать мозгъ при различныхъ формахъ психическаго разстройства обогатило насъ очень многими несомнѣнными положительными данными, но энергiя, съ которой ведутся изслѣдованiя, чуть не ежегодное открытiе новыхъ методовъ изслѣдованiя, все глубже и глубже проникающихъ въ недавно еще почти недоступную область изслѣдованiя тончайшаго строенiя нервныхъ элементовъ, даетъ надежду, что недалеко то время, когда и для многихъ душевныхъ болѣзней будетъ найденъ анатомо-патологическiй субстратъ; да и теперь уже онъ существуетъ для такихъ болѣзней какъ прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, старческое слабоумiе, острый бредъ

При микроскопическомъ изслѣдованiи головного мозга у душевно-больныхъ необходимо обращать самое тщательное вниманiе на различные отдѣлы мозга, въ частности мозговой коры. Ниссль совѣтуетъ брать изъ всѣхъ главныхъ отдѣловъ коры соотвѣтствующiе требованiю кусочки и тщательно изслѣдовать во всѣхъ направленiяхъ. Тутъ должны

быть изслѣдованы и кровеносные сосуды съ окружающими ихъ лимфатическими пространствами, и межуточная ткань (невроглія), и волокна, и нервныя клѣтки. Способы изслѣдованія всѣхъ этихъ отдѣловъ многочисленны и разнообразны. Для изслѣдованія собственно нервныхъ клѣтокъ пользуются различными видоизмѣненіями способа Нисселя (окраска метиленовой синькой), также видоизмѣненнымъ Рамонъ-и-Кахалемъ способомъ Гольджи (импрегнація серебромъ съ осміевой кислотой), не говоря уже о другихъ болѣе старыхъ способахъ (окраска карминомъ и пр.). Для изслѣдованія перерожденія волоконъ пользуются методомъ окраски гематоксилиномъ по способу Вейгерта, измѣненному Палемъ, или (для свѣжихъ перерожденій) способомъ Марки (окраска осміевой кислотой); изслѣдованіе межуточной ткани (невроглія) производится новымъ способомъ Вейгерта (специальная окраска), а также способомъ Гальле, (сложная окраска гематоксилиномъ, нигрозиномъ, эозиномъ и сафраниномъ). Различныя красящія вещества, употребляющіяся при различныхъ методахъ и различныя условія обработки препаратовъ мозга, даютъ возможность окрашивать въ различный цвѣтъ то тѣ, то другія части элементовъ мозга и соотвѣтственно этому выставляютъ на видъ различныя отдѣльныя подробности ихъ строенія; благодаря этому явилась возможность познакомиться съ тончайшимъ нормальнымъ строеніемъ нервныхъ элементовъ и съ ихъ измѣненіями при патологическихъ условіяхъ.

По отношенію къ нервнымъ клѣткамъ особенно богатый матеріалъ даетъ способъ Нисселя. Правда и до него было уже извѣстно, что при нѣкоторыхъ душевныхъ болѣзняхъ нервныя клѣтки подвергаются существеннымъ измѣненіямъ. Давно уже стало извѣстно, что при прогрессивномъ параличѣ, старческомъ слабоуміи, послѣдовательномъ слабоуміи нервныя клѣтки представляютъ явленія перерожденія и атрофіи. При этомъ сначала въ протоплазмѣ клѣтки появляется зернистость и иногда пигментъ. Зернышки жира и пигментъ постепенно увеличиваются въ числѣ; ядро и ядрышко становятся не ясно различимыми, сама клѣтка измѣняетъ свою форму: сморщивается, отростки ея обламываются, лишенная отростковъ, она мало-по-малу распадается на жировыя частицы и совершенно исчезаетъ. Иногда въ періодъ уменьшенія клѣтки становится рѣзко замѣтно перицеллюлярное пространство, не выполняемое клѣткою вполнѣ, какъ это должно быть въ нормальномъ состояніи. Эти факты были извѣстны уже довольно давно, но при помощи способа Нисселя мы узнали не только различныя подробности развитія перерожденія и атрофіи, но познакомились и съ другими измѣненіями клѣтокъ болѣе остраго характера.

Прежде чѣмъ говорить объ этихъ измѣненіяхъ, я долженъ сказать однако о томъ, какъ представляется строеніе нервной клѣтки при обработкѣ по Ниселю въ нормальномъ состояніи. Какъ я сказалъ, способъ Ниселя заключается въ довольно сложномъ методѣ окраски метиленовой синькой. Отношеніе различныхъ отдѣловъ нервной клѣтки къ метиленовой синькѣ неодинаково: однѣ ея части окрашиваются хорошо въ синій цвѣтъ, другія плохо. Разсматривая обработанную по Ниселю нервную клѣтку коры полушарій и другихъ областей нервной системы, при большомъ увеличеніи мы видимъ, что въ клѣткѣ на полѣ почти безцвѣтнаго вещества, такъ наз. „ахроматической субстанціи", разсѣяны зерна, окрашивающіяся хорошо; они состоятъ изъ воспринимающаго краску вещества или „хроматической субстанціи". Это такъ наз. „зерна Ниселя" или „хроматинъ". Онъ залегаетъ въ не воспринимающей красящее вещество субстанціи, которая имѣетъ строеніе подобное пчелинымъ сотамъ. Приблизительно въ срединѣ клѣтки находится ядро, лишь слабо окрашивающееся въ синій цвѣтъ, а въ срединѣ его ядрышко. Отъ клѣтки отходятъ протоплазматическіе отростки, содержащіе зерна хроматина и потому хорошо окрашивающіеся въ синій цвѣтъ, и осевоцилиндрическій отростокъ, не содержащій зеренъ хроматина. При особенной обработкѣ оказывается, что осевоцилиндрическій отростокъ имѣетъ фибриллярное строеніе; фибриллы его проникаютъ въ нервную клѣтку. Кромѣ Ниселевскихъ тѣлецъ въ клѣткахъ находятся еще такъ наз. неврозомы—мелкіе шарики довольно правильной формы, располагающіеся иногда правильными рядами, иногда параллельными; кромѣ того въ нервныхъ клѣткахъ нерѣдко бываетъ пигментъ, черный и желтоватый.—Присутствіе хроматиновой субстанціи бываетъ нѣсколько различное въ клѣткѣ покойной и утомленной работой. Зерна хроматина въ клѣткахъ различнаго рода и взятыхъ изъ разныхъ отдѣловъ нервной системы располагаются неодинаково—то въ видѣ рядовъ, то въ видѣ сѣти. Въ зависимости отъ этого Нисель различаетъ отдѣльные виды клѣтокъ, которые я здѣсь не считаю нужнымъ перечислять.

При патологическихъ условіяхъ нервныя клѣтки рѣзко измѣняются; при чемъ измѣненія касаются: 1) величины клѣтки, 2) ея формы, 3) ясности очертаній, 4) сохраненія отростковъ, 5) содержанія хроматина и его распредѣленія, 6) измѣненія ахроматической субстанціи въ томъ отношеніи, что она пріобрѣтаетъ способность окрашиваться, 7) измѣненія положенія и формы ядра и ядрышка въ клѣткахъ, 8) иногда въ клѣткѣ появляются пустоты, вакуолы, или 9) въ нее вступаютъ блуждающія клѣтки.—Въ зависимости отъ различныхъ условій появляются

самыя разнообразныя сочетанія въ измѣненіи въ нервной клѣткѣ. Измѣненія эти настолько разнообразны, что Ниссль полагаетъ, что отдѣльные яды, дѣйствующіе на нервную систему, какъ алкоголь, мышьякъ, свинецъ, производятъ различныя измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ, при томъ вліяя то болѣе на клѣтки одного рода, то болѣе на клѣтки другого рода. Другіе изслѣдователи, впрочемъ, не находятъ въ измѣненіяхъ, вызванныхъ различными ядами, очень большой разницы.

Измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ бываютъ при самыхъ разнообразныхъ условіяхъ; они бываютъ и при отравленіяхъ, и при инфекціонныхъ болѣзняхъ, и при болѣзняхъ душевныхъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ измѣненія бываютъ острыя, въ другихъ хроническія. Первыя явленія при острыхъ измѣненіяхъ нервныхъ клѣтокъ при обработкѣ ихъ по Нисслю обнаруживаются въ расплавленіи и исчезновеніи хроматина, въ такъ наз. „хроматолизѣ“. Иногда хроматинъ исчезаетъ болѣе около ядра („перинуклеарный хроматолизъ“), иногда на периферіи клѣтки („периферическій хроматолизъ“). Иной разъ дѣло доходитъ почти до полнаго исчезновенія хроматина. При этомъ обыкновенно тѣло клѣтки увеличивается, оно кажется просвѣтленнымъ, свѣтлымъ или мелкозернистымъ, ядро отодвигается въ сторону къ самому краю клѣтки, иногда какъ бы высовывается изъ нея. Иной разъ послѣ этого клѣтка окончательно погибаетъ, иногда же наступаетъ регенерація—мало-по-малу въ ней появляется хроматическая субстанція, все болѣе и болѣе накопляющаяся, и интенсивно окрашивающаяся клѣтка уменьшается въ объемѣ, и ядро ея помѣщается на свое мѣсто. При гибели клѣтокъ хроматиновая субстанція не возстановляется, разрушается и ядро, разрываются отростки, тѣло клѣтки принимаетъ неправильную форму, въ ней является много вакуолъ; иногда при этомъ клѣтка подвергается жировому перерожденію, окружается элементами изъ межуточной ткани и поглощается ими.

При хроническихъ измѣненіяхъ дѣло идетъ медленнѣе; но также и при этомъ замѣчается уменьшеніе красящейся субстанціи, она скопляется въ нѣкоторыхъ мѣстахъ и уничтожается въ другихъ; въ нормальномъ состояніи не красящаяся субстанція начинаетъ воспринимать краску. Ядро клѣтки, красящееся обыкновенно неинтенсивно, начинаетъ сильно окрашиваться, удлиняется; нормальныя особенности внутренняго строенія клѣтки такимъ образомъ все болѣе и болѣе утрачиваются. Затѣмъ начинается хроматолизъ, а въ дальнѣйшемъ теченіи ядро сморщивается, въ клѣткѣ появляются пустоты, вакуолы, тѣло клѣтки измѣняетъ свою форму, отростки разрываются. Такія измѣненія бываютъ, напр., при прогрессивномъ параличѣ. Обработывая кору при помощи

метода Гольджи-Кахаля, можно также убѣдиться въ глубокомъ измѣненіи клѣтокъ, изуродованіи ихъ самихъ и ихъ отростковъ; при нѣкоторыхъ формахъ замѣчается четкообразное строеніе протоплазматическихъ отростковъ. Разсматривая препараты при маломъ увеличеніи можно видѣть, какое количество клѣтокъ подверглось разрушенію, и въ какихъ слояхъ коры это разрушеніе больше. Иной разъ бываетъ равномѣрная убыль клѣтокъ, иногда же очень неравномѣрная,—въ однѣхъ частяхъ поля зрѣнія, въ однихъ слояхъ коры существуютъ бо́льшие дефекты, въ другихъ меньшіе; неравномѣрнымъ распредѣленіемъ пораженія отличается прогрессивный параличъ помѣшанныхъ.

Что касается волоконъ, проходящихъ въ мозговой корѣ, то они также подвергаются перерожденію: міэлиновая обкладка становится зернистою, міэлинъ скопляется въ глыбки и мало-по-малу исчезаетъ. Это измѣненіе волоконъ касается и волоконъ лучистаго вѣнца, и волоконъ ассоціаціонной системы; послѣдняго рода волоконъ въ корѣ можно различить три слоя; иной разъ разрушеніе касается одного слоя, иной разъ всѣ слои поражаются, такъ что ассоціаціонныя волокна данной области совершенно уничтожаются. Наиболѣе рѣзко замѣтны эти измѣненія при прогрессивномъ параличѣ.

Со стороны межуточной ткани измѣненія во многихъ случаяхъ бываютъ тоже очень обширны; увеличивается количество ядеръ невроглии, количество волокнистой субстанціи, она замѣщаетъ собою нервные элементы, по мѣстамъ попадаются амилоидныя тѣла и зернистые шары Какъ особое образованіе, указывающее на ирригативный процессъ въ межуточной ткани, должно быть отмѣчено развитіе большого количества такъ называемыхъ паукообразныхъ тѣлъ, иногда достигающихъ большихъ размѣровъ. Измѣненія въ соединительной ткани бываютъ при формахъ, при которыхъ существуютъ воспалительныя явленія, какъ прогрессивный параличъ.

Микроскопическое изслѣдованіе кровеносныхъ сосудовъ коры показываетъ обыкновенно при этомъ также рѣзкія измѣненія; мелкіе сосуды увеличены въ количествѣ, интима ихъ утолщена, иногда до того, что сосудъ почти облитерируется, въ мышечной оболочкѣ увеличивается количество ядеръ, периваскулярныя пространства расширены, часто набиты блуждающими элементами, сдавливающими сосуды или кровяными тѣльцами, выступившими изъ сосуда. Блуждающіе элементы и иногда кровяныя тѣльца, бо́льшею частью подвергшіяся жировому перерожденію, попадаются и въ сосѣдней межуточной ткани.

Не входя въ дальнѣйшія подробности измѣненій, открываемыхъ тщательнымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ коры полушарій при

душевныхъ болѣзняхъ, такъ какъ объ этомъ рѣчь будетъ при изложеніи патологіи отдѣльныхъ формъ, я отмѣчу только тотъ фактъ, что кругъ болѣзней, при которыхъ при помощи микроскопа обнаруживаются измѣненія въ головномъ мозгу, все болѣе и болѣе увеличивается. Такъ, обширныя измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ, волокнахъ, межуточной ткани и сосудахъ наблюдаются при прогрессивномъ параличѣ (представляя картину хроническаго диффузнаго пери-энцефалита), при остромъ бредѣ (представляя картину остраго диффузнаго пери-энцефалита), при старческомъ слабоуміи, при полиневритическомъ психозѣ, послѣдовательномъ слабоуміи и остро развивающемся безсмысліи. Я не говорю уже о тѣхъ формахъ, гдѣ психическое разстройство является какъ симптомъ инфекціонной болѣзни, какъ, напр., тифъ, бѣшенство (lyssa humana), или какъ проявленіе отравленія ядомъ, дѣйствующимъ на сознаніе. Правда, далеко не всѣ явленія, находимыя изслѣдователями одинаково характерны и имѣютъ одинакое значеніе; нужно помнить, что пока еще мы находимся лишь въ началѣ пути развитія нашихъ знаній патологической анатоміи мозга и потому слѣдуетъ критически относиться ко многимъ наблюденіямъ и описаніямъ. Многія наблюденія даже большихъ знатоковъ дѣла считаются другими, столь же опытными изслѣдователями, за результатъ увлеченія, находимыя ими измѣненія— за искусственный продуктъ обработки; методы, которымъ одни придаютъ большое значеніе, другими критикуются. Но съ теченіемъ времени выработаются и вполнѣ надежные методы изслѣдованія и установятся общепринятыя мнѣнія.

5. Кромѣ измѣненій въ головномъ мозгу при вскрытіяхъ душевнобольныхъ находятъ измѣненія въ **спинномъ мозгу** и въ **периферической нервной системѣ**. Въ спинномъ мозгу при многихъ интоксикаціяхъ, также при полиневритическомъ психозѣ, находятъ измѣненія нервныхъ клѣтокъ, открываемыя при помощи метода Нисселя. Перерожденія волоконъ заднихъ и боковыхъ столбовъ бываютъ довольно частымъ явленіемъ при прогрессивномъ параличѣ и другихъ органическихъ психозахъ.

Воспаленіе и перерожденіе нервныхъ стволовъ встрѣчается нерѣдко при формахъ весьма различныхъ, какъ слѣдствіе кахексіи (туберкулезной, раковой и др.), при интоксикаціяхъ, прогрессивномъ параличѣ, старческомъ слабоуміи,—но особенно сильны и интенсивны измѣненія въ периферическихъ нервахъ бываютъ при полиневритическомъ психозѣ. Измѣненія въ нервныхъ стволахъ наиболѣе рѣзко выражены въ мелкихъ нервахъ конечностей, напр., въ n. dorsalis pedis, гдѣ въ подходящихъ случаяхъ изслѣдованіе тщательно расщипанныхъ нервныхъ пучковъ, обработанныхъ осміевой кислотой и окрашенныхъ

пикрокарминомъ, обнаруживаетъ много волоконъ съ разрушенной міэлиновой обкладкой, съ увеличеннымъ количествомъ ядеръ и измѣненіями осевого цилиндра. Иногда измѣненія въ нервныхъ волокнахъ захватываютъ лишь нѣсколько сегментовъ даннаго нервнаго волокна, оставляя цѣлыми нижележащіе и вышележащіе сегменты (сегментерный невритъ); при этой формѣ неврита часто измѣненія захватываютъ только оболочку нервнаго волокна, оставляя долго не поврежденнымъ осевой цилиндръ.

6. Со стороны **другихъ органовъ тѣла**, кромѣ нервной системы, также встрѣчается довольно много измѣненій при вскрытіи душевно-больныхъ. Нѣкоторыя изъ нихъ составляютъ лишь случайныя явленія, нисколько не характерныя именно для душевныхъ болѣзней, другія же составляютъ проявленія вліянія тѣхъ-же болѣзнетворныхъ причинъ, которыя вызвали и душевную болѣзнь, третьи, наконецъ, являются результатомъ осложненій, которыя у душевно-больныхъ бываютъ особенно часто. Такъ, со стороны дыхательныхъ органовъ часто приходится находить гипостатическое воспаленіе легкаго и плевры, гангрену легкихъ у истощенныхъ, отказывающихся отъ пищи, требующихъ насильственнаго кормленія, и у паралитиковъ, у которыхъ актъ глотанія разстроенъ. У очень безпокойныхъ и жирныхъ больныхъ иногда находили жировую эмболію легочныхъ сосудовъ. Затѣмъ частое явленіе, констатируемое при вскрытіи — туберкулезъ легкихъ (въ связи съ общимъ туберкулезомъ). Измѣненія со стороны сердца находятся при вскрытіи душевно-больныхъ въ общемъ чаще, чѣмъ при вскрытіи душевно здоровыхъ. Склерозъ мозговыхъ артерій, также наступаетъ сравнительно раньше, также какъ и перерожденіе аорты

Со стороны органовъ живота отмѣчаются нерѣдко слѣды перитонита, обусловливающаго сращенія различныхъ органовъ. Находка такого рода явленій объясняетъ иногда цѣлый рядъ бредовыхъ идей, связанныхъ съ ощущеніями въ полости живота (какъ, напр., это было у одной больной Эскироля, увѣрявшей, что у нея въ животѣ сидитъ Понтій Пилатъ, различныя библейскія лица и папскій совѣтъ). Прежніе наблюдатели отмѣчали, что у многихъ душевно-больныхъ существуетъ ненормальная узкость кишечнаго канала; явленія кишечнаго катарра наблюдаются очень часто Нерѣдко находятся паразиты, иной разъ въ необычныхъ мѣстахъ (напр., семь круглыхъ глистъ были найдены въ одномъ случаѣ въ желчныхъ каналахъ печени у больного, жаловавшагося на присутствіе чего то живого въ животѣ и думавшаго, что онъ долженъ умереть съ голоду); при алкоголизмѣ и сифилисѣ мозга находятъ измѣненія въ печени Одна изъ особенностей, попа-

дающихся при вскрытии душевно-больныхъ гораздо чаще, чѣмъ при вскрытіи душевно-здоровыхъ, это нахожденіе инородныхъ тѣлъ въ желудкѣ; иногда прямо поразительно, сколько предметовъ можетъ быть безнаказанно проглочено больными; въ одномъ случаѣ, о которомъ я говорилъ выше, было найдено 37 предметовъ; тутъ были и вилки, и ложки, и шпильки, и вязальный крючекъ, и металлическія пуговицы, и стекла; въ другомъ случаѣ были найдены гвозди въ количествѣ 120 штукъ; въ третьемъ—бритва.

Со стороны почекъ измѣненія бываютъ довольно часто—какъ результатъ общаго сосудистаго склероза, или какъ проявленіе самостоятельнаго раздраженія почечной ткани; явленія катарра мочевого пузыря отъ задержанія испортившейся мочи тоже довольно нерѣдки. Затѣмъ у паралитиковъ, умершихъ въ послѣднемъ періодѣ болѣзни, бываютъ нерѣдко глубокіе пролежни съ обширнымъ омертвеніемъ тканей и съ послѣдствіями, обусловленными гноекровіемъ.

Изъ измѣненій, наблюдаемыхъ почти исключительно у душевно-больныхъ, слѣдуетъ отмѣтить такъ называемую отэматому или кровяную опухоль уха (othaematoma). Она занимаетъ чаще всего верхнюю и наружную части ушной раковины, оставляя свободными сережку, tragus и слуховой проходъ и встрѣчается то на одномъ ухѣ (чаще лѣвомъ) или на обоихъ. Развивается она обыкновенно такъ: на ухѣ появляется опухоль сине-красная, сначала небольшая, но въ теченіе нѣсколькихъ дней быстро увеличивающаяся и достигающая иногда величины голубинаго яйца. Опухоль эта замѣтно флюктуируетъ, но кожа надъ ней въ большинствѣ случаевъ остается неизмѣненною. Такъ остается она нѣсколько недѣль, потомъ начинаетъ уменьшаться. Жидкость, находящаяся внутри опухоли, всасывается, стѣнки опухоли съеживаются и въ результатѣ получается съеженное, обезображенное и утолщенное ухо. Весь процессъ продолжается обыкновенно 6—8 недѣль. Повидимому опухоль такого рода обусловливается кровоизліяніемъ между надхрящницею и хрящомъ, или, по нѣкоторымъ изслѣдованіямъ, въ самый хрящъ, предварительно помятый. По изслѣдованіямъ д-ра В. П. Тишкова, произведеннымъ въ клиникѣ проф. И. П. Мержевскаго, исходнымъ пунктомъ для развитія отэматомы у паралитиковъ служитъ состояніе отживанія ушного хряща, схожее съ некрозомъ. Это состояніе при содѣйствіи внѣшнихъ причинъ (травмы уха) вызываетъ раздраженіе перихондрія, перихондритъ, послѣдствіемъ чего является врастаніе новообразованныхъ сосудовъ въ вещество хряща, раствореніе его и замѣщеніе новообразованнымъ молодымъ. Вслѣдствіе этого связь между отдѣльными участками ушного хряща нарушается, является неправиль-

ная слоистость, и хрящъ легко расщепляется; въ немъ образуются трещины и полости. Если при этомъ новообразовавшіеся сосуды разорвутся, то получится кровоизліяніе въ полость хряща и разовьется отэматома. Она постепенно увеличивается вслѣдствіе присоединенія новыхъ кровоизліяній и продолжающагося расщепленія хряща. Излившаяся кровь всасывается очень медленно черезъ посредство сосудовъ перихондрія, а полость медленно выполняется вростаніемъ новообразованной соединительной ткани, которая имѣетъ тенденцію метаморфозироваться въ сѣтчатый хрящъ. Вслѣдствіе того, что бывшія расщепленныя пластинки хряща смѣщаются, ухо въ окончательномъ видѣ является обезображеннымъ.

Отэматома появляется бо́льшею частью у душевно-больныхъ съ глубокимъ разстройствомъ сознанія, подвергающихся часто травматическимъ повреждениямъ, особенно часто у паралитиковъ, имѣющихъ наклонность къ гиперемии ушей. Такъ какъ она попадается въ настоящее время почти исключительно у душевно-больныхъ, то нѣкоторые авторы склонны были приписать происхожденіе ея исключительно разстройству трофическаго вліянія нервной системы. Но въ виду того, что совершенно такія же обезображенныя уши были отмѣчены извѣстнымъ нѣмецкимъ психіатромъ Гудденомъ (тѣмъ самымъ, который погибъ вмѣстѣ съ своимъ паціентомъ королемъ Людовикомъ Баварскимъ) на античныхъ статуяхъ кулачныхъ борцовъ, хранящихся въ Мюнхенской глиптотекѣ, и въ виду того, что отэматома и у душевно-больныхъ наблюдается главнымъ образомъ у очень безпокойныхъ, слѣдовательно у легко подвергающихся травмѣ больныхъ, нужно думать, что травма играетъ существенную роль въ происхожденіи кровяной опухоли уха. Въ пользу этого говоритъ и то, что съ улучшеніемъ обращенія съ душевно-больными отэматома стала попадаться все рѣже и рѣже. Впрочемъ отрицать значеніе трофическаго вліянія нервной системы на развитіе отэматомы нельзя; вѣроятно оно сводится къ тому, что при существованіи трофическаго разстройства развивается состояніе отживанія хряща и расположеніе къ появленію гематомы уха при его ушибахъ и при такихъ длительныхъ механическихъ раздраженіяхъ, какъ безпрерывное треніе уха о стѣну, наблюдаемое у больныхъ съ наклонностью къ стереотипному повторенію однихъ и тѣхъ же движеній.

Иногда у душевно-больныхъ гематома появляется и на носовыхъ хрящахъ, иногда на лбу. Иногда кровяныя опухоли бываютъ и въ мышцахъ.

Другое патологоанатомическое измѣненіе, обусловленное также нарушеніемъ трофическаго вліянія нервной системы и встрѣчающееся у

душевно-больныхъ, есть измѣненіе костей, обусловливающее ихъ ломкость. При вскрытіи тяжелыхъ душевныхъ больныхъ нерѣдко находятъ или слѣды зажившихъ переломовъ, или иногда свѣжіе многочисленные переломы, особенно реберъ, съ послѣдовательными явленіями плеврита и воспаленія легкаго. Иногда находили переломы 12 реберъ очевидно недавняго происхожденія. Несомнѣнно что бо́льшею частью это происходитъ отъ недостатка ухода, (или отъ того, что служители надавливаютъ на грудь, удерживая больного отъ ударовъ, наносимыхъ другимъ больнымъ, или отъ паденія самого больного и ушиба о столъ, кровать и т. п.). Но все-таки, какъ оказывается, иногда насиліе, вызвавшее переломъ, бываетъ крайне малое, и переломъ происходитъ главнымъ образомъ отъ того, что кость подверглась глубокому измѣненію. Объемъ и вѣсъ измѣненныхъ такимъ путемъ костей бо́льшею частью уменьшается; ребра иногда истончены до степени ножевого клинка, корковый слой иногда такъ тонокъ, какъ бумага; губчатое вещество бѣдно перекладинами, плотность костей уменьшена, такъ что иногда можно грудину сгибать вдвое; хрупкость костей увеличена, такъ что они ломаются отъ небольшого давленія, точно сухой тростникъ.

Д-ръ Дмитревскій, производившій тщательныя изслѣдованія измѣненныхъ реберъ у душевно-больныхъ, нашелъ, что атрофія костей зависитъ отъ болѣзненнаго усиленнаго всасыванія известковыхъ солей и органической стромы, т. е. носятъ характеръ атрофіи, иногда наблюдался рядомъ съ этимъ и окостенѣвающій періоститъ; иногда измѣненія совершенно сходны съ остеомаляціей. Измѣненія костей наблюдаются при прогрессивномъ параличѣ, старческомъ слабоуміи и гораздо рѣже при другихъ формахъ.

Аутоинтоксикація при душевныхъ болѣзняхъ

Заканчивая главу о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при душевныхъ болѣзняхъ, я не могу не сказать нѣсколькихъ словъ о томъ, какъ нужно смотрѣть съ точки зрѣнія анатомо-физіологической на тѣ психическія болѣзни, при которыхъ въ настоящее время не открыто никакихъ анатомическихъ измѣненій, и которыя поэтому считаются функціональными. Нашему уму трудно допустить, чтобы такія рѣзкія измѣненія въ отправленіи органовъ психической дѣятельности, которыя мы наблюдаемъ при многихъ функціональныхъ психозахъ, не обусловливались бы какими-нибудь измѣненіями въ строеніи. Поэтому предполагаютъ, что эти измѣненія суть измѣненія молекулярныя, неуловимыя современными способами изслѣдованія, измѣненія, сводящіяся главнымъ

образомъ къ разстройству питанія нервныхъ элементовъ, къ измѣненію метаморфоза въ нихъ и слѣдов. къ измѣненію ихъ химическаго состава.

Отсюда ясно, что для выясненія анатомофизіологической подкладки функціональныхъ психозовъ (да и вообще всѣхъ психозовъ) крайне важны *химическія изслѣдованія головного мозга.* Но здѣсь мы встрѣчаемся съ почти непреодолимыми трудностями. Дѣло въ томъ, что изслѣдовать химически живую ткань почти невозможно, а смерть, вѣроятно, разрушаетъ многіе изъ составныхъ элементовъ мозгового вещества, и слѣдовательно посмертное химическое изслѣдованіе можетъ дать только приблизительное понятіе о составѣ мозга въ живомъ состояніи. Кромѣ того самый способъ химической обработки мозга таковъ, что получается множество искусственныхъ продуктовъ, вслѣдствіе чего и значеніе добытыхъ до настоящаго времени результатовъ, даже и для нормальнаго мозга, не особенно велико. Поэтому и предположеніе нѣкоторыхъ химиковъ, что при душевныхъ болѣзняхъ развиваются въ головномъ мозгу новые продукты, есть только предположеніе, а не фактъ. Тѣмъ не менѣе предположеніе зависимости душевныхъ болѣзней отъ развитія въ головномъ мозгу какихъ-то ненормальныхъ химическихъ продуктовъ заслуживаетъ вниманія. Уже довольно давно имѣя въ виду изслѣдованія Бушара, Бригера и др. многіе психіатры, и я въ томъ числѣ, придавали большое значеніе этому фактору въ развитіи душевныхъ болѣзней и высказывали взглядъ, что нѣкоторые психозы обусловливаются развитіемъ въ организмѣ ядовъ (токсиновъ), вліяющихъ на дѣятельность нервныхъ элементовъ, а въ послѣднее время все болѣе и болѣе находится сторонниковъ того взгляда, что большинство психозовъ суть слѣдствія аутоинтоксикаціи.

Это предположеніе основывается 1) на томъ, что между клиническою картиною психозовъ и вліяніемъ нѣкоторыхъ ядовъ, введенныхъ въ организмъ, замѣчается значительное сходство; 2) на томъ, что нѣкоторыя психическія болѣзни развиваются именно при условіяхъ способствующихъ аутоинтоксикаціи (полиневритическій психозъ, послѣродовыя психическія заболѣванія, психозы послѣ тифа, при желтухѣ, при задержаніи разлагающихся пищевыхъ продуктовъ въ желудкѣ, при уреміи и пр.); 3) на томъ, что прямые опыты съ удаленіемъ тѣхъ органовъ, которые считаются нейтрализаторами ядовъ, циркулирующихъ въ крови, какъ, наприм., щитовидной железы, вызываютъ у животныхъ рѣзкія измѣненія въ мозгу; у человѣка же оперативное удаленіе щитовидной железы вызываетъ микседему и глубокое психическое раз-

стройство,—и, наконецъ, 4) на томъ, что въ началѣ многихъ душевныхъ болѣзней замѣчается измѣненіе въ составѣ мочи, а нѣкоторые изслѣдователи находили въ ней и излишнее количество токсиновъ.

Все это даетъ основаніе предполагать, что аутоинтоксикаціи играютъ большую роль въ происхожденіи душевныхъ болѣзней; а что подъ вліяніемъ аутоинтоксикаціи составъ нервныхъ элементовъ можетъ измѣниться, это уже само собою понятно.

Это измѣненіе нервныхъ элементовъ подъ вліяніемъ аутоинтоксикаціи можетъ произойти двоякимъ образомъ: 1) или ***токсинъ, образующійся въ какихъ-нибудь органахъ, но не въ самой нервной системѣ, циркулируетъ въ крови*** и, достигая черезъ нее нервныхъ элементовъ мозга, вызываетъ въ нихъ измѣненіе, или 2) ***токсинъ***, вредно вліяющій на составъ нервныхъ элементовъ, ***развивается*** при неблагопріятныхъ условіяхъ ***въ самой нервной ткани***. Такъ, наприм., представимъ себѣ, что лецитинъ, входящій въ составъ нервныхъ элементовъ, распадается и даетъ въ результатѣ своего распада—„нейринъ“. Нейринъ ($C_5H_{11}N$; его не слѣдуетъ смѣшивать съ другимъ, болѣе частымъ при нормальныхъ условіяхъ продуктомъ распада лецитина, „холиномъ“— $C_5H_{15}NO_2$, продуктомъ значительно менѣе ядовитымъ) есть по Brieger'у, извѣстному изслѣдователю вліянія птомаиновъ и левкомаиновъ, сильный нервный ядъ и потому онъ сейчасъ же послѣ своего образованія и долженъ повліять на нервные элементы разрушительнымъ образомъ.

Какой изъ этихъ способовъ вліянія токсиновъ на нервные элементы мозга имѣетъ больше значенія въ патогенезѣ душевныхъ болѣзней, конечно рѣшить въ настоящее время нѣтъ возможности, но какъ при томъ, такъ и при другомъ способѣ вліянія ихъ, нельзя не отмѣтить того значенія, которое должны при этомъ имѣть для нервной системы: 1) тѣ органы, которые способствуютъ скорѣйшему ***выведенію токсиновъ изъ тканей*** и 2) тѣ органы, которые ***уничтожаютъ токсины***, циркулирующіе въ крови. Въ самомъ дѣлѣ, если въ данномъ участкѣ мозга разовьется излишнее количество токсиновъ (какъ, наприм., вслѣдствіе чрезмѣрно сильнаго метаморфоза при усиленной работѣ), то для того, чтобы они не подѣйствовали на нервные элементы разрушительно, нужно, чтобы они были поскорѣе выведены изъ полости черепа. Это обыкновенно и бываетъ, если органы лимфатической системы — соединительная ткань и лимфатическіе щели и сосуды — въ хорошемъ состояніи и правильно функціонируютъ. Но если почему-нибудь канализація даннаго участка мозга нехороша,—или вслѣдствіе врожденной недостаточности лимфатическаго аппарата, или вслѣдствіе болѣзни, — если она разстроилась,

лимфатическіе каналы засорились, движеніе лимфы остановилось или замедлилось, тогда продукты метаморфоза задерживаются въ нервныхъ центрахъ, и являются чрезвычайно благопріятныя условія для вліянія какъ нихъ, такъ и другихъ развивающихся въ организмѣ ядовъ на нервные элементы и для происхожденія болѣзненныхъ явленій въ зависимости отъ этого

Съ другой стороны, чрезвычайно важное значеніе должны имѣть и тѣ органы, которые въ организмѣ играютъ роль нейтрализаторовъ циркулирующихъ въ крови токсиновъ. Если токсиновъ разовьется почему-нибудь слишкомъ много, но эти органы работаютъ энергично, тогда не разовьется явленій отравленія, потому что токсины будутъ уничтожаться. Наоборотъ, при недостаточной дѣятельности органовъ, служащихъ для нейтрализаціи ядовъ, и то количество токсиновъ, которое развивается при нормальныхъ условіяхъ и которое при нормальныхъ условіяхъ вполнѣ нейтрализуется, теперь не будетъ нейтрализоваться, вслѣдствіе чего и могутъ развиться явленія аутоинтоксикаціи. Этимъ (по крайней мѣрѣ, нѣкоторыми авторами) объясняется, наприм., развитіе душевнаго разстройства послѣ операціи удаленія щитовидной железы. Подобно щитовидной железѣ, нейтрализующимъ образомъ на токсины вліяютъ и печень и, по всей вѣроятности, надпочечныя железы, и hypophysis cerebri. Почки тоже играютъ большую роль, потому что черезъ нихъ выводится масса вредныхъ веществъ изъ организма.

На основаніи всего вышеизложеннаго можно сдѣлать слѣдующій выводъ. Очень вѣроятно, что многіе психозы, въ томъ числѣ и функціональные, обусловливаются химическимъ измѣненіемъ нервныхъ элементовъ вслѣдствіе вліянія ядовитыхъ веществъ, развивающихся въ организмѣ, т.-е. вслѣдствіе аутоинтоксикаціи. Аутоинтоксикація можетъ обусловливаться: 1) *развитіемъ въ организмѣ ненормальныхъ ядовитыхъ веществъ, или и нормальныхъ, но въ чрезмѣрно большомъ количествѣ*, 2) *неудовлетворительнымъ состояніемъ лимфатической системы* и 3) *недостаточною функціей органовъ, нейтрализующихъ токсины*.

Зная это, мы, конечно, будемъ при изслѣдованіи анатомо-физіологическихъ условій душевныхъ болѣзней не ограничиваться изслѣдованіемъ только однихъ нервныхъ элементовъ коры, но и цѣлаго ряда другихъ органовъ, имѣющихъ значеніе для питанія элементовъ коры. Очень можетъ быть, наприм., что *плохое устройство лимфатическаго аппарата* вообще и *лимфатическаго аппарата мозга въ частности*, плохое отъ рожденія, есть одно изъ главныхъ условій того, что называется *врожденнымъ предрасположеніемъ къ душевнымъ болѣзнямъ*, потому что при этомъ всѣ ядовитыя начала могутъ болѣе продолжитель-

но дѣйствовать на нервные элементы и, слѣдовательно, легче вызывать явленія интоксикаціи нервныхъ центровъ.

Къ сожалѣнію, на это до сихъ поръ обращено мало вниманія. Представляя этотъ взглядъ на анатомо-физіологическія условія, служащія подкладкой нѣкоторыхъ такъ-называемыхъ функціональныхъ психозовъ, я тѣмъ не менѣе считаю необходимымъ указать, что далеко не всѣ функціональные психозы могутъ быть сведены на вліяніе интоксикаціи. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что во многихъ случаяхъ мы имѣемъ въ основѣ какую-нибудь врожденную или пріобрѣтенную недостаточность (можетъ-быть чрезвычайно тонкую) въ анатомическомъ развитіи самыхъ нервныхъ элементовъ мозга, вслѣдствіе чего является (врожденная) наклонность къ преобладающему развитію однихъ сочетаній (ассоціацій) передъ другими, одной категоріи представленій передъ представленіями другой категоріи, однихъ ощущеній передъ другими ощущеніями, чѣмъ и можно объяснить психическія аномаліи, наприм., въ случаяхъ нравственнаго помѣшательства, полового извращенія и т. п.; въ другихъ случаяхъ могутъ быть чисто рефлекторныя явленія раздраженія или заторможенія функціи того или другого участка мозговой коры, чему и будетъ соотвѣтствовать возбужденіе или подавленіе психическихъ актовъ, находящихся въ зависимости отъ этихъ участковъ; это можетъ быть, наприм., во многихъ случаяхъ истерическихъ психозовъ.

Очень вѣроятно, что въ симптомокомплексѣ различныхъ состояній, наблюдаемыхъ у душевно-больныхъ, страдающихъ функціональными психозами, имѣютъ значеніе всѣ эти *три фактора*, т. е. 1) вліяніе ***аутоинтоксикаціи***, общей или мѣстной, 2) вліяніе ***недостаточности*** или ***неправильности въ развитіи*** тѣхъ или другихъ отдѣловъ нервной системы и 3) вліяніе ***рефлекторнаго раздраженія или заторможенія***. Въ однихъ случаяхъ будутъ преобладать симптомы одного происхожденія, въ другихъ—другого. Анализировать случай по патогенезу симптомовъ составляетъ, конечно, одну изъ цѣлей діагностики душевныхъ болѣзней, едва достижимую при современномъ уровнѣ знанія.

Этіологія душевныхъ болѣзней.

На этіологію душевныхъ болѣзней давно уже обращено особенное вниманіе. Въ виду того, что раздѣленіе душевныхъ болѣзней на отдѣльныя формы, какъ мы видѣли, не основывается на точныхъ анатомо-патологическихъ данныхъ, нѣкоторые психіатры предлагали для классификаціи этіологическій принципъ, т. е. предлагали раздѣлить

душевныя болѣзни на отдѣльныя формы, смотря по тому, отъ какой причины онѣ произошли; такимъ образомъ были выдѣлены формы съ такими названіями, какъ послѣродовое помѣшательство, травматическое помѣшательство, алкогольное и т. п. Эти названія удержались до нашего времени, хотя основной принципъ раздѣленія душевныхъ болѣзней по этіологіи теперь уже не признается достаточнымъ,—главнымъ образомъ потому, что въ очень многихъ случаяхъ мы совсѣмъ не можемъ доискаться причины болѣзни, а въ другихъ, наоборотъ, мы должны признать, что болѣзнь обусловливается не одною какою-либо причиною, а цѣлымъ рядомъ ихъ. Такъ, очень нерѣдко бываетъ, что между причинами, которымъ можно приписать болѣзнь, нужно отмѣтить и наслѣдственность, и алкоголизмъ, и какой-нибудь случайный поводъ, наприм., моральное потрясеніе. Однако, если не слѣдуетъ принимать этіологію какъ главный критерій для классификаціи, тѣмъ не менѣе для каждаго отдѣльнаго случая знаніе условій, въ зависимости отъ которыхъ развилась болѣзнь, весьма важно для пониманія его индивидуальныхъ особенностей, и потому, ставя діагностику душевныхъ болѣзней, психіатры всегда старательно отмѣчаютъ и этіологическіе моменты.

Этіологическіе моменты душевныхъ заболѣваній раздѣляются на предрасполагающія и производящія причины. Хотя раздѣленіе это и существуетъ, но конечно оно недостаточно опредѣленно, и однѣ и тѣже причины въ однихъ случаяхъ могутъ быть предрасполагающими, въ другихъ производящими. Такъ, наприм., злоупотребленіе спиртными напитками во многихъ случаяхъ можетъ быть и причиною предрасполагающею, а въ нѣкоторыхъ вся болѣзнь обусловливается непосредственно злоупотребленіемъ алкоголемъ. Предрасполагающія причины въ свою очередь могутъ быть такія, которыя лежатъ внѣ индивидуальности заболѣвающаго субъекта, и такія, которыя имѣютъ отношеніе именно къ данному лицу. Въ зависимости отъ этого различаютъ предрасполагающія причины, общія и индивидуальныя, но и въ этомъ отношеніи строгой границы провести нельзя. Какъ предрасполагающія, такъ и производящія причины могутъ быть и психическія.

А. Предрасполагающія причины.

I. **Цивилизація.** Параллельно съ увеличеніемъ цивилизаціи отмѣчается и увеличеніе числа душевно-больныхъ. Въ наиболѣе цивилизованныхъ государствахъ Западной Европы въ настоящее время считается по одному душевно-больному на 300 здоровыхъ

людей. Въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ Западной Европы это отношеніе еще болѣе: напр., въ Цюрихскомъ кантонѣ Швейцаріи 1 больной приходится не много болѣе, чѣмъ на 100 здоровыхъ. У насъ, въ Россіи можно представить приблизительный разсчетъ только для тѣхъ губерній, въ которыхъ была произведена перепись душевно-больныхъ; въ Московской губерніи на 100000 здоровыхъ приходится 213 больныхъ (или 2,13 pro mille); въ Петербургской немного болѣе (2,39 pro mille); въ Нижегородской немного менѣе (1,79 pro mille) Статистическія изслѣдованія, производимыя изъ года въ годъ въ нѣкоторыхъ государствахъ Западной Европы указываютъ, что число зарегистрированныхъ больныхъ увеличивается и притомъ въ бо́льшей пропорціи, чѣмъ общее число населенія. Такъ, въ Великобританіи насчитывали:

въ 1852 г.	55525	душ.-больныхъ	на	29197737	англичанъ
„ 1872 г.	77013	„	„	31842522	„
„ 1882 г.	98871	„	„	34788814	„
„ 1892 г.	120004	„	„	37732922	„

Каждый годъ, слѣдовательно, число больныхъ увеличивалось на 2000 Отношеніе къ числу душевно-здоровыхъ было въ 1862 году 1,81 на 1000, а въ 1892 году—3,18 на 1000.

Аналогичныя цифры получаются и во французской, и германской статистикѣ.

Хотя, конечно, увеличеніе числа душевно-больныхъ, отмѣчаемыхъ при статистическихъ исчисленіяхъ, можетъ зависѣть не отъ одного дѣйствительнаго увеличенія заболѣваній, а и отъ того также, что теперь съ одной стороны вслѣдствіе развитія психіатріи стали болѣе правильно различать душевное заболѣваніе, а съ другой стороны вслѣдствіе улучшенія заведеній для душевно-больныхъ стали охотнѣе помѣщать больныхъ въ спеціальныя больницы, гдѣ и ведется имъ правильный счетъ, но нельзя все-таки отрицать и того, что въ общемъ вмѣстѣ съ прогрессомъ цивилизаціи является и бо́льшее число душевно-больныхъ. Это понятно: въ цивилизованныхъ государствахъ развитіе интеллектуальной дѣятельности стоитъ на первомъ планѣ, интеллектуальная работа является часто орудіемъ борьбы за существованіе, и слабый мозгъ оказывается несостоятельнымъ вести эту борьбу. Естественно поэтому, что болѣзней головного мозга будетъ при этихъ условіяхъ больше, чѣмъ при прежнихъ условіяхъ, при которыхъ интеллектуальной дѣятельности не давалось такой работы.

Вмѣстѣ съ тѣмъ не надо позабывать, что рядомъ съ цивилизаціей идутъ: и жизнь въ тѣснотѣ большихъ городовъ, переутомленіе мозга

усиленнымъ умственнымъ напряженіемъ, злоупотребленіе алкоголемъ, различные эксцессы, безсонныя ночи и множество другихъ условій, крайне вредно вліяющихъ на здоровье вообще и на душевное въ частности. Нельзя не согласиться съ знаменитымъ авторомъ „Воскресенія,“ что люди въ „цивилизованныхъ“ государствахъ, какъ будто нарочно, стараются „собравшись въ одно небольшое мѣсто нѣсколько сотъ тысячъ“ испортить землю, на которой они жмутся, наполнить воздухъ дымомъ угля и всякими міазмами, отравить воду, которую пьютъ, въ какомъ то ослѣпленіи не видѣть того прекраснаго, что у нихъ подъ руками, и стремиться къ уродливому, безсмысленному, наполняя все свое время безцѣльной погоней за призрачнымъ счастьемъ. Это-то все и отражается на душевномъ здоровьѣ, это и повышаетъ съ каждымъ годомъ число душевно-больныхъ въ „цивилизованныхъ“ государствахъ, это и дискредитируетъ самую цивилизацію.

Но если подъ цивилизаціей понимать *высшее развитіе духовныхъ свойствъ и единенія людей во имя общаго блага*, разумно понимаемаго, то конечно такая цивилизація не давала-бы избытка душевно-больныхъ; напротивъ, такая цивилизація уменьшала бы число ихъ, устраняя причины; мы и теперь видимъ примѣры этого; разумное примѣненіе гигіеническихъ мѣръ почти уничтожило кретинизмъ въ нѣкоторыхъ изъ тѣхъ мѣстъ, гдѣ онъ прежде былъ распространенъ.

Во всякомъ случаѣ нельзя считать доказаннымъ, что количество душевно-больныхъ возростаетъ прямо пропорціонально культурности націи Статистическія изслѣдованія показываютъ, что въ нѣкоторыхъ государствахъ, въ которыхъ культура очень высока, число душевно-больныхъ меньше, чѣмъ въ тѣхъ, въ которыхъ культура не такъ высока Такъ, душевно-больныхъ и идіотовъ приходится на 1000 человѣкъ населенія: въ Ирландіи 4,51, въ Норвегіи 3,90, въ Шотландіи 3,84, въ Швеціи 3,41, въ Англіи 3,36, во Франціи 2,60, въ Германіи 2,27, въ Австріи 2,17, въ Даніи 2,17, въ Италіи 1,65, въ Венгріи 1,61.

Что нельзя придавать именно *умственному развитію* значенія причины увеличенія душевныхъ болѣзней, доказывается и тѣмъ, что и среди дикихъ народовъ много душевно-больныхъ, но ихъ никто не подсчитываетъ, да многихъ и не считаютъ за таковыхъ. Изъ исторіи мы знаемъ, что въ періоды умственнаго мрака, господствовавшаго въ средніе вѣка, наблюдались распространенныя эпидеміи душевныхъ болѣзней въ видѣ различнаго рода демономаническихъ психозовъ, захватывавшія множество людей. Нельзя не признать однако, что характеръ душевныхъ заболѣваній въ настоящее время вѣроятно значительно

измѣнился въ зависимости отъ измѣнившагося отношенія въ силѣ вліянія отдѣльныхъ причинъ, вызывающихъ душевныя разстройства.

При опредѣленіи зависимости увеличенія числа душевно-больныхъ съ развитіемъ цивилизаціи, нельзя не придавать значенія также и тому обстоятельству, что вслѣдствіе цивилизаціи и связаннаго съ нею развитія гуманныхъ принциповъ, значительное количество людей мало приспособленныхъ, неудачниковъ, слабыхъ—не погибаютъ и не сходятъ съ жизненной арены, а остаются жить и могутъ давать потомство, которое въ большинствѣ случаевъ носитъ признаки дегенераціи и, слѣдовательно, особенно расположено къ душевнымъ заболѣваніямъ.

2. **Національность.** Нельзя сказать, чтобы какая-нибудь нація была особенно расположена къ душевнымъ заболѣваніямъ; нѣкоторые указываютъ, будто бы количество душевно-больныхъ евреевъ (*конечно относительно*), больше, чѣмъ лицъ другихъ національностей, но это нельзя считать доказаннымъ. Душевно-больные бываютъ во всѣхъ націяхъ; но можетъ быть **на форму** душевныхъ болѣзней національность имѣетъ нѣкоторое вліяніе, такъ какъ среди однихъ народовъ чаще попадаются однѣ формы заболѣванія, среди другихъ—другія. Впрочемъ, можетъ быть, различіе обусловливается не столько свойствами національности, сколько условіями жизни.

Такъ, повидимому, дегенеративныя формы чаще бываютъ въ Бельгіи и во Франціи, чѣмъ у насъ. Но зависитъ ли это отъ свойствъ французской націи или чего другого, трудно рѣшить, тѣмъ болѣе, что въ послѣднее время и у насъ все чаще и чаще наблюдаются (а, можетъ быть, только чаще отмѣчаются) дегенеративныя формы.

Нѣкоторыя формы психозовъ замѣчаются главнымъ образомъ среди мало развитыхъ націй и племенъ, напр., „мерячешe“ замѣчается очень часто между малообразованными племенами Сибири.

Между евреями особенно много ипохондриковъ, но за то сравнительно меньше прогрессивныхъ паралитиковъ, что объясняется впрочемъ не національностью, а тѣмъ, что среди евреевъ сифилисъ сравнительно мало распространенъ.

Нужно думать однако, что національность вмѣстѣ съ цѣлымъ рядомъ условій, вытекающихъ изъ строя жизни и духа даннаго народа, отражается на строѣ личности и обусловливаетъ съ одной стороны наклонность поддаваться то больше, то меньше тѣмъ или другимъ болѣзнетворнымъ вліяніямъ, вліяющимъ на психическое здоровье, а съ другой измѣняетъ нѣсколько и психопатическія проявленія. Такимъ образомъ принадлежность человѣка къ данной національности можетъ обусловливать и своеобразный характеръ психической неустойчивости, или дру-

гими словами—психопатическую конституцію, связанную съ національностью. Объ этомъ мы будемъ впрочемъ еще говорить позднѣе. Здѣсь же я добавлю только, что изслѣдованія въ отношеніи вліянія національности на душевныя болѣзни, хотя и очень интересны, но еще очень малочисленны и не всегда точны. Дѣло въ томъ, что въ данной націи составляющіе ее члены не всегда въ дѣйствительности одного происхожденія по народности; напр., среди русскихъ, даже въ средней Россіи, есть много лицъ, у которыхъ между близкими предками есть представители финскаго племени, также татары и нѣмцы. Потому при изслѣдованіи вопроса о вліяніи національности недостаточно ограничиться только констатированіемъ того, къ какой національности причисляется больной по бумагамъ, а слѣдуетъ узнать о его происхожденіи и отмѣтить тѣ племенныя особенности, которыя существуютъ, напр., въ формѣ головы, глазъ, носа и пр. у самого больного.

Профессоръ И. А. Сикорскій и д-ръ С. Ѳ. Максимовъ, сопоставляя процентное отношеніе лицъ различныхъ національностей, входящихъ въ составъ войскъ Кіевскаго округа, къ числу душевно-больныхъ нижнихъ чиновъ изъ этихъ войскъ, нашли такія цифры:

	Число нижнихъ чиновъ	Число больныхъ	%
Русскихъ (великоруссовъ, бѣлоруссовъ и малороссовъ)	219420	200	0.91
Поляковъ	14055	13	0.92
Магометанъ (представителей монгольскаго племени)	25380	27	1.06
Евреевъ	16463	36	2.19

Наименьшую заболѣваемость, слѣдовательно, представляютъ русскіе и поляки, наивысшую—евреи. Если принять наименьшую заболѣваемость за 100, то относительная заболѣваемость по этимъ цифрамъ такова: русскіе 100, поляки 101, магометане 116, евреи 241.

Бо́льшая заболѣваемость евреевъ отмѣчена и въ Германіи.

Довольно значительная разница существуетъ у различныхъ народовъ (правильнѣе въ различныхъ государствахъ) по отношенію къ числу случаевъ самоубійства. Такъ на одинъ милліонъ населенія считается зарегистрированныхъ случаевъ самоубійства:

въ Саксоніи	310
во Франціи	250
въ Пруссіи	133
„ Австріи	130
„ Баваріи	90
„ Англіи	66
„ Россіи	30

3 **Религія**. Религія сама по себѣ не имѣетъ вліянія на душевныя заболѣванія, но религіозный фанатизмъ и суевѣрія служать нерѣдко причинами душевныхъ болѣзней. Часто подъ вліяніемъ религіозныхъ суевѣрій развивается бредъ одержимости нечистымъ духомъ. Между монахинями также встрѣчается довольно значительное число душевно-больныхъ, но, можетъ быть, это зависить отъ того, что самое поступленіе въ монашество является у нѣкоторыхъ выраженіемъ психопатической неуравновѣшенности.—Нѣкоторые авторы указываютъ, что среди протестантскихъ народовъ больше душевно-больныхъ, чѣмъ между католиками, но это, можетъ быть, зависитъ отъ того, что среди протестантскихъ государствъ находится Англія, гдѣ статистика душевныхъ заболѣваній ведется тщательно и давно, такъ что больныхъ регистрируется относительно больше, чѣмъ въ католическихъ странахъ.

Принадлежность къ нѣкоторымъ сектамъ, особенно проникнутымъ нетерпимостью, изувѣрствомъ и фанатизмомъ, а также къ такимъ, въ которыхъ религіозный культъ соединяется съ сильнымъ душевнымъ возбужденіемъ, доходящимъ до экстаза, способствуетъ къ развитію душевныхъ заболѣваній. Нужно впрочемъ замѣтить, что нѣкоторые организаторы сектъ и вербуютъ своихъ единомышленниковъ преимущественно изъ лицъ неустойчивыхъ, неуравновѣшенныхъ, склонныхъ къ крайностямъ и ищущихъ чего-то новаго, мистическаго. Нельзя не сказать, что иной разъ такого рода лица въ сектантствѣ находять и удовлетвореніе своихъ стремленій и тогда принадлежность къ сектѣ является для нихъ тѣмъ средствомъ, которое какъ бы устраняетъ другія проявленія болѣзненности со стороны нервной системы и какъ бы излѣчиваетъ больныхъ отъ многаго, на что они прежде жаловались.

4. **Политическія вліянія** играютъ иногда довольно большую роль. Послѣ политическихъ переворотовъ душевно-больныхъ оказывается больше, чѣмъ до нихъ. При этомъ наблюдается довольно интересный фактъ, что во время самыхъ политическихъ переворотовъ число принимаемыхъ въ больницы душевно-больныхъ иногда уменьшается, но за то послѣ нихъ многіе изъ видныхъ дѣятелей политическихъ переворотовъ сами заболѣваютъ душевными болѣзнями. Въ значительной степени это обусловливается тѣмъ, что многіе изъ видныхъ участниковъ бурныхъ политическихъ движеній принадлежатъ къ числу неуравновѣшенныхъ, неустойчивыхъ личностей, которые въ силу своей психической особенности и выдвигаются между другими.

Войны всегда увеличиваютъ число душевно-больныхъ, но здѣсь вліяетъ цѣлый рядъ условій—и душевное волненіе, и физическое истощеніе, и физическія болѣзни

Здѣсь слѣдуетъ отмѣтить еще тотъ фактъ, что разныя событія въ политической жизни весьма легко отражаются на содержаніи бреда душевно-больныхъ; представленіе объ антихристѣ отождествляется съ Бисмаркомъ, многіе, страдающіе бредомъ преслѣдованія въ настоящее время, полагаютъ что ихъ принимаютъ за Дрейфуса. Во всякомъ случаѣ крайне неправильно мнѣніе, ходячее не только въ публикѣ, но и между врачами, по которому болѣзнь, обнаруживающаяся въ бредѣ политическаго содержанія, зависитъ именно отъ потрясенія, вызваннаго даннымъ политическимъ событіемъ.

5 Большое значеніе имѣетъ **духъ времени**. Бываютъ въ жизни народовъ періоды, во время которыхъ происходитъ измѣненіе основныхъ устоевъ жизни, такъ-называемыя переходныя эпохи. Въ эти періоды старые устои ломаются, новые—еще недостаточно прочны, и люди впечатлительные и неустойчивые, не имѣя твердо установленныхъ принциповъ и привычекъ жизни, легко теряютъ почву, поддаются увлеченіямъ, влекущимъ за собою душевное заболѣваніе Поэтому въ эти эпохи количество душевно-больныхъ больше, чѣмъ въ другія

6. Различныя **климатическія и другія географическія условія** тоже вліяють на душевныя заболѣванія. Такъ, напр., мы будемъ имѣть случай говорить объ одной изъ формъ идіотизма (о кретинизмѣ), которая развивается эндемически въ гористыхъ мѣстностяхъ—въ Альпахъ, Кавказскихъ горахъ, Алтайскихъ. Есть нѣкоторыя указанія на то, что жители болѣе сѣверныхъ (холодныхъ) странъ менѣе склонны къ буйнымъ формамъ помѣшательства, чѣмъ жители южныхъ; жители горныхъ странъ склонны къ тоскѣ по родинѣ болѣе, чѣмъ жители равнинъ. Нельзя однако не признать, что пока мы имѣемъ довольно малое знаніе относительно вліянія собственно климата и географическихъ условій на происхожденіе душевныхъ болѣзней.

7. **Вліяніе временъ года.** Во всѣ времена года бываютъ душевныя заболѣванія Отмѣчаютъ однако, что заболѣванія острыми формами нѣсколько чаще бываютъ въ лѣтніе мѣсяцы; весной и въ началѣ лѣта больше поступаетъ въ больницы случаевъ прогрессивнаго паралича и алкоголизма,—по крайней мѣрѣ по отношенію къ Парижу, какъ показали изслѣдованія Гарнье. Но отчеты различныхъ заведеній въ этомъ отношеніи противорѣчивы. Что касается до улучшающаго вліянія на теченіе психозовъ, то довольно давно отмѣчено, что повороты къ лучшему совпадаютъ часто съ весенними и осенними мѣсяцами. Лѣтніе жары дѣйствуютъ обыкновенно дурно на душевно-больныхъ, ухудшая самочувствіе и вызывая усиленіе тоскливаго безпокойства.

8. **Вліяніе дня и ночи** не можетъ быть признано какъ причина ду-

шевныхъ заболѣваній, но наблюденія показываютъ, что оно не безразлично для состоянія душевно-больныхъ. Въ общемъ, конечно, большинство больныхъ душевно къ ночи утомляются и ночь проводятъ спокойнѣе, чѣмъ днемъ; но бываютъ больные, которые особенно сильно безпокоятся ночью; таковы алкоголики, особенно страдающіе бѣлой горячкой, также больные, находящіеся въ начальномъ періодѣ остраго безсмыслія, нѣкоторые галлюцинанты и ипохондрики, дѣти, очень наклонные къ первнымъ заболѣваніямъ; меланхолики чаще всего чувствуютъ себя хуже раннимъ утромъ. Большинство случаевъ самоубійства приходится именно въ ранніе утренніе часы.

9. **Вліяніе метеорологическихъ условій** отмѣчалось довольно давно Многіе неврастеники чувствуютъ себя нехорошо передъ грозой; нѣкоторые, преимущественно старые авторы отмѣчали вліяніе разныхъ фазъ луны —ухудшеніе болѣзни въ полнолуніе, появленіе въ это время припадковъ возбужденія или падучей болѣзни. Нѣмецкій психіатръ Koster придаетъ особенное значеніе ежемѣсячнымъ періодамъ ближняго и дальняго отстоянія луны отъ земли (перигеямъ и апогеямъ луны) Произведя довольно большое количество изслѣдованій, онъ пришелъ къ убѣжденію, что около времени перигеевъ и апогеевъ состояніе больныхъ ухудшается.

Докторъ М. Н. Нижегородцевъ производилъ тщательныя наблюденія о вліяніи на душевно-больныхъ различныхъ метеорологическихъ условій и пришелъ къ заключенію, что всякое значительное нарушеніе даннаго равновѣсія атмосферы вліяютъ на мозговую дѣятельность, и что обыкновенно измѣненіе въ состояніи больныхъ предшествуетъ времени наивысшаго развитія даннаго метеорологическаго состоянія; особенно большое значеніе имѣетъ направленіе циклоновъ, близость географическаго положенія барометрическаго минимума къ мѣсту наблюденія; всего сильнѣе вліяніе циклоновъ зимнихъ, осеннихъ и весеннихъ, когда они сопровождаются оттепелью, выпаденіемъ осадковъ и бурями. Вліянія метеорологическія отражаются особенно на острыхъ, органическихъ, періодическихъ психозахъ и состояніяхъ вырожденія. При приближеніи барометрическаго минимума къ данному мѣсту нужно особенно смотрѣть за больными, стремящимися къ самоубійству, такъ какъ въ это время стремленіе достигаетъ бóльшей силы, также какъ и состояніе возбужденія и безпокойныхъ больныхъ. Нѣкоторые изслѣдователи отмѣчали также вліяніе магнитныхъ возмущеній на теченіе психозовъ и на появленіе припадковъ эпилепсіи. По изслѣдованіямъ д-ра Соколова можетъ быть въ связи съ магнитными возмущеніями отмѣчается два максимума въ частотѣ

падучныхъ припадковъ (въ январѣ и іюлѣ) и два минимума (въ ноябрѣ и маѣ).

10. **Возрастъ**. Заболѣванія психическими болѣзнями могутъ быть во всякомъ возрастѣ, но наибольшее число заболѣваній бываетъ въ среднемъ возрастѣ, именно между 30 — 50 годами жизни. Душевныя заболѣванія бываютъ и въ самомъ раннемъ дѣтствѣ; у дѣтей, едва достигнувшихъ одного, 2-хъ или 3-хъ лѣтъ, не говоря уже о проявленіи прирожденнаго слабоумія (идіотизма), явленія весьма нерѣдкаго — бываютъ приступы возбужденія, составляющія проявленіе психическаго разстройства. Но вообще психозы дѣтей, за исключеніемъ состоянія недоразвитія или идіотизма, довольно рѣдки, и процентное отношеніе больныхъ психически дѣтей до 5 лѣтъ ничтожно—едва равняется (по изслѣдованію Тиссо) 0,07%. Въ возрастѣ 5—10 лѣтъ оно уже достигаетъ 0,64%, а затѣмъ довольно быстро поднимается въ періодъ, совпадающій съ половымъ развитіемъ (отъ 10—20 лѣтъ=4,41%). Въ возрастѣ отъ 20—30 лѣтъ, мы имѣемъ уже 14,07%, а между 30—40 годами 20%, между 40—50 годами 22%; послѣ того начинается уменьшеніе: такъ, въ возрастѣ между 50—60 годами=15%, между 60—70 годами = 10%, а больше 70 лѣтъ только 5%. Повидимому существуетъ нѣкоторая разница въ отношеніи максимума заболѣваній у мужчинъ и у женщинъ; для мужчинъ оно соотвѣтствуетъ нѣсколько болѣе раннему возрасту, чѣмъ у женщинъ.

По вычисленію д-ра В. И. Яковенко наличное число душевно-больныхъ Московской губерніи распредѣляется по возрастамъ, въ которыхъ у нихъ началась болѣзнь, такъ: началась болѣзнь въ возрастѣ 0—10 л. у 43,85%, 11—20 л 14,61%, 21—30 л. 17%, 31—40 л. 12,64%, 41—50 л. 7,14%, 51—60 л. 3,24%, 61—70 л 1,12% и выше 0,40% Самое большое количество слѣдов. заболѣваетъ или отъ рожденія, или въ первые годы жизни, чѣмъ и обусловливается то, что почти во всѣхъ государствахъ больше 30% всего количества душевно-больныхъ падаетъ на состоянія умственнаго недоразвитія.

Возрастъ вліяетъ и на форму, въ которой проявляется душевное разстройство. Въ этомъ отношеніи всякій возрастъ обусловливаетъ съ одной стороны особую для каждаго періода жизни неустойчивость и ранимость, вслѣдствіе чего съ одной стороны болѣзненныя явленія вызываются причинами особенно сильно дѣйствующими именно въ данномъ возрастѣ, а съ другой и картина болѣзни измѣняется соотвѣтственно возрасту Такимъ образомъ съ различными періодами жизни можетъ совпадать развитіе соотвѣтствующей психопатической конституціи, располагающей къ заболѣваніямъ именно отъ извѣстныхъ при-

чинъ и съ извѣстнымъ оттѣнкомъ. Объ этомъ мы еще будемъ говорить въ частной психіатріи; здѣсь же я ограничусь нѣсколькими словами, касающимися преобладанія тѣхъ или другихъ формъ въ разныхъ возрастахъ. Такъ въ дѣтскомъ возрастѣ является остановка развитія мозга и замѣчаются первые признаки идіотизма; дѣтскій возрастъ особенно наклоненъ къ проявленію скоропреходящаго бреда подъ вліяніемъ повышенія температуры. У дѣтей же младшаго возраста бываютъ иногда приступы возбужденія съ сильнымъ двигательнымъ безпокойствомъ; у болѣе старшихъ дѣтей бываютъ чаще приступы страха съ галлюцинаціями, иногда навязчивыя идеи. Въ періодѣ полового развитія даже нерѣдко проявляется впервые психозъ въ формѣ навязчивыхъ идей и непреодолимыхъ влеченій: въ это же время бываетъ своеобразная форма юношескаго помѣшательства (**Hebephrenia**), характеризующаяся подвижностью настроенія, наклончивостью къ дурачливости, къ театральнымъ движеніямъ, употребленіемъ словъ какого-нибудь жаргона и заканчивающаяся довольно быстро слабоуміемъ. Эта форма являющаяся въ періодѣ полового развитія называется также юношеское преждевременное слабоуміе (**dementia praecox juvenilis**). Въ эпоху полового развитія часто у дегенерантовъ впервые довольно рѣзко обнаруживаются признаки недостаточной уравновѣшенности и неустойчивости. Въ возрастѣ отъ 16—30 лѣтъ бываютъ чаще всего психозы, связанные съ истощеніемъ (остроразвивающееся безсмысліе) и въ этомъ же возрастѣ чаще всего являются первые приступы періодическаго психоза. Около 25—30 лѣтъ чаще начинаетъ проявляться хроническій бредъ преслѣдованія. Въ возрастѣ между 30—45 годами особенно часто бываетъ прогрессивный параличъ, особенно у мужчинъ; за то для женщинъ опасенъ періодъ 45—55 лѣтъ, совпадающій съ *климактерическимъ* періодомъ (климактерическая меланхолія). У обоихъ половъ между 50—60 годами преобладаетъ наклонность къ заболѣванію психозами вслѣдствіе органическихъ заболѣваній мозга (артеріосклерозъ, кровоизліянія, опухоли мозга), а въ возрастѣ за 60 лѣтъ—къ старческому слабоумію.

11. **Полъ.** Счисленіе душевно-больныхъ, находящихся въ больницахъ и пріютахъ даетъ неодинакія цифры по отношенію къ числу мужчинъ и женщинъ. Въ нѣкоторыхъ государствахъ оказывается больше женщинъ, въ другихъ нѣсколько больше мужчинъ. Повидимому, это находится въ большой зависимости и отъ условій пріема въ больницы, и отъ условій жизни общества; тамъ, гдѣ больше больницъ, и гдѣ потребности общественной жизни болѣе удовлетворены, обыкновенно по-

вышается и число принимаемыхъ въ больницы душевно-больныхъ женщинъ. У насъ, въ Россіи въ большинствѣ больницъ число мужчинъ превышаетъ число женщинъ,—отчасти вслѣдствіе того, что женщину больную въ общемъ нѣсколько легче держать дома, отчасти и потому, что процентъ выздоровленія (если не считать случаевъ бѣлой горячки) между женщинами нѣсколько больше, и онѣ въ общемъ скорѣе выходятъ изъ больницы. Что же касается до заболѣваемости, то она приблизительно одинакая для женщинъ и мужчинъ. Многіе факторы заболѣваній дѣйствуютъ приблизительно одинаково и на женщинъ; однако несомнѣнно, что умственное переутомленіе, алкоголизмъ и разные эксцессы составляютъ гораздо чаще причину болѣзней у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ, у которыхъ за то является свой особый факторъ — беременность, роды и послѣродовой періодъ. Точно также есть нѣкоторая разница по отношенію къ формамъ болѣзни, къ которымъ наклоненъ тотъ или другой полъ. Такъ, прогрессивный параличъ помѣшанныхъ значительно чаще бываетъ у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ, а истерическое помѣшательство напротивъ чаще у женщинъ.

12. **Семейное положеніе.** Статистическія изслѣдованія показываютъ, что число душевно-больныхъ различно въ зависимости отъ семейнаго положенія; конечно цифры неодинаковы для различныхъ государствъ и слоевъ общества въ зависимости отъ того, въ какомъ возрастѣ по строю жизни вступаютъ въ бракъ. Въ общемъ оказывается, что между холостыми мужчинами больше душевно-больныхъ, чѣмъ между женатыми, что обусловливается бо́льшею правильностью жизни у женатыхъ; хотя женщинъ замужнихъ въ больницахъ больше, чѣмъ дѣвицъ, но изъ этого нельзя еще заключить, что заболѣваемость у замужнихъ больше, чѣмъ у дѣвицъ. Хотя у замужнихъ имѣется такой важный факторъ какъ вліяніе дѣторожденія, но и у дѣвицъ не меньшее значеніе имѣетъ неудовлетворенность жизнью. Изъ вдовыхъ больше больныхъ женщинъ, чѣмъ мужчинъ, что́, впрочемъ, находится въ соотвѣтствіи и съ тѣмъ, что вдовцовъ вообще меньше, чѣмъ вдовъ.

13. **Соціальное положеніе и занятія.** Нѣтъ положенія, въ которомъ бы не бывало случаевъ помѣшательства; но всетаки бѣдность и недостаточное удовлетвореніе потребностей, истощеніе вслѣдствіе недоѣданія и обремененія работой располагаютъ къ психическимъ болѣзнямъ. Пауперизмъ имѣетъ вообще чрезвычайное значеніе въ произведеніи душевныхъ болѣзней. Благодаря ему не только люди даннаго поколѣнія истощаются и падаютъ нравственно и умственно, но поражается и хилое, наклонное ко всякимъ болѣзнямъ потомство. У дѣтей лицъ, жи-

вущихъ въ крайне тяжелыхъ условіяхъ нищеты, признаковъ вырожденія, какъ физическихъ, такъ и психическихъ, гораздо больше, чѣмъ у другихъ дѣтей. Не малую роль при этомъ играетъ и то, что пауперизмъ обыкновенно идетъ рука объ руку съ алкоголизмомъ. Городское населеніе вообще значительно болѣе расположено къ заболѣванію душевными болѣзнями, чѣмъ деревенское, фабричное болѣе, чѣмъ земледѣльцы и работающіе на чистомъ воздухѣ. Существуетъ цѣлый рядъ профессій, располагающій прямо къ заболѣваніямъ: таковы занятія, связанныя съ возможностью отравленія (окисью углерода, свинцомъ, ртутью), съ вліяніемъ измѣнчивой температуры, съ умственнымъ переутомленіемъ, безсонными ночами, тревогой, безпрерывной ѣздой (служащіе на желѣзныхъ дорогахъ). Больше всего процентное заболѣваніе между лицами такъ наз либеральныхъ профессій, между художниками, артистами, гувернантками Довольно часто заболѣваютъ душевно врачи. Съ этимъ отчасти находится въ связи и то, что самоубійство составляетъ также очень частое явленіе среди врачей, особенно у насъ, въ Россіи.

По вычисленію профессора И. А. Сикорскаго въ Россіи на 28 случаевъ смерти врачей приходится одно самоубійство; тогда какъ вообще въ Россіи одно самоубійство приходится 1200 смертей.

Душевными заболѣваніями у насъ довольно часто заболѣваетъ учащаяся молодежь; съ этимъ гармонируетъ и то, что среди русской учащейся молодежи довольно велика смертность отъ самоубійства. Въ Германіи считается очень большое количество душевно-больныхъ между военными.

Изъ числа проститутокъ тоже многія заболѣваютъ душевными болѣзнями, что обусловливается частью всевозможными эксцессами, частью тѣмъ, что большинство проститутокъ принадлежитъ къ числу лицъ дегенеративныхъ Нѣкоторые авторы отмѣчаютъ повышенную наклонность къ заболѣванію душевными болѣзнями между ухаживающими за душевнобольными

Постоянная праздность, отсутствіе всякихъ занятій дѣйствуетъ также дурно, какъ и чрезмѣрный трудъ; невозможность наполнить свое время, отсутствіе цѣли жизни и дѣятельности вызываетъ чувство неудовлетворенности, губительно вліяющее на душевный строй и вызываетъ иногда глубокія конституціональныя психическія разстройства.

14. **Наслѣдственность**. Давно замѣчено, что дѣти, внуки и близкіе родственники душевно-больныхъ, пьяницъ, истеричныхъ, преступниковъ или очень слабыхъ физически, эпилептиковъ, истощенныхъ лицъ, лицъ пожилыхъ, лицъ, предававшихся эксцессамъ, представляютъ большую

наклонность къ заболѣванію душевными болѣзнями. Этотъ фактъ объясняется патологическою наслѣдственностью, т. е. передачею болѣзненныхъ свойствъ отъ предковъ къ потомкамъ.

Патологическая наслѣдственность есть одно изъ проявленій общаго біологическаго факта наслѣдственности, т. е. способности организмовъ передавать свои свойства и особенности отъ одного поколѣнія къ другому. Существованіе наслѣдственной передачи свойствъ въ человѣческомъ родѣ есть фактъ несомнѣнный; мы ежедневно убѣждаемся въ существованіи сходства дѣтей съ ихъ родителями какъ въ отношеніи физическихъ признаковъ, такъ и въ отношеніи душевныхъ. Существуютъ цѣлыя поколѣнія съ отличительными признаками въ строеніи тѣла (носъ Бурбоновъ, губа Габсбурговъ); описываются случаи, гдѣ сынъ, никогда не видавшій и не слыхавшій о свойствахъ своего отца, поражаетъ сходствомъ съ нимъ въ какой-нибудь наклонности, въ какомъ-нибудь характерномъ „фамильномъ" жестѣ, въ манерѣ держать себя; иной разъ поразительно, какъ мельчайшія особенности въ строеніи тѣла, въ свойствѣ характера и привычкахъ передаются отъ родителей дѣтямъ.

Поэтому нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что и болѣзненныя свойства передаются изъ поколѣнія въ поколѣніе. Фактъ патологической наслѣдственности подмѣченъ уже Гиппократомъ и признается громаднымъ числомъ врачей. Правда, оцѣнка его значенія дѣлается не всѣми одинаковая: одни чуть не главную роль въ появленіи болѣзней приписываютъ наслѣдственной неустойчивости тѣхъ или другихъ органовъ, причемъ допускаютъ не только общую стойкость или нестойкость того или другого органа въ данномъ поколѣніи, но и прямую зависимость неустойчивости какого нибудь органа у дѣтей отъ пріобрѣтенныхъ болѣзней родителей („отецъ пропилъ печень сына"— такъ образно выражается одинъ извѣстный клиницистъ, опредѣляя недостаточную функцію печени у сына пьяницы); другіе же не придаютъ такого большого значенія наслѣдственной передачѣ болѣзней, а полагаютъ, что ею передается только нѣкоторое расположеніе къ заболѣваніямъ вообще, — но что главную роль въ происхожденіи болѣзней имѣютъ внѣшніе факторы; есть врачи, которые совершенно не признаютъ наслѣдственной передачи болѣзней, но такихъ немного.

Большинствомъ врачей патологическая наслѣдственность признается по отношенію къ очень многимъ болѣзнямъ—туберкулезу, раку, страданіямъ сердца, различнаго рода діатезамъ (золотуха, артритизмъ)—и между прочимъ по отношенію къ нервнымъ болѣзнямъ (прогрессивная мускульная атрофія, Томсенова болѣзнь и др.) и душевнымъ. Одни

изъ невропатологовъ чрезвычайно расширяютъ кругъ наслѣдственныхъ нервныхъ болѣзней, причисляютъ сюда по примѣру Шарко и такія, которыя какъ будто зависятъ почти исключительно отъ внѣшняго фактора (напр., периферическій параличъ лицевого нерва), причемъ указываютъ, что внѣшняя причина могла произвесть данную болѣзнь потому только, что именно соотвѣтствующая часть нервной системы представляла врожденную (наслѣдственную) неустойчивость; другіе, напротивъ, суживаютъ кругъ понятія наслѣдственныхъ нервныхъ болѣзней небольшимъ числомъ формъ, которыя дѣйствительно часто встрѣчаются въ одной семьѣ. Тоже самое различіе во взглядахъ существуетъ и по отношенію къ наслѣдственной передачѣ душевныхъ болѣзней

Біологическій фактъ наслѣдственности представляетъ собою одну изъ самыхъ интересныхъ и самыхъ важныхъ загадокъ для человѣческаго ума Въ самомъ дѣлѣ, сознаніе, что въ мельчайшей частицѣ оплодотворяющаго вещества таятся зачатки не только видовыхъ свойствъ, но и самыхъ мелкихъ особенностей не только строенія, но и функцій, кажущихся исключительно реакціей на окружающее, какъ, напр., особенности жестовъ и пр.. — сознаніе того, что эти зачатки при посредствѣ мельчайшихъ сѣменныхъ живчиковъ, выбрасываемыхъ миліардами, передаются иногда отъ дѣда къ внуку, минуя отца, — это сознаніе вызываетъ почти такое же удивленіе передъ величіемъ законовъ міра. какъ мысль, возникающая при созерцаніи звѣзднаго неба съ его млечнымъ путемъ, съ неисчислимымъ количествомъ созвѣздій, отстоящихъ отъ насъ на разстояніе, измѣряемое сотнями лѣтъ прохожденія свѣта и тѣмъ не менѣе составляющихъ лишь маленькую частицу изъ числа міровъ входящихъ въ составъ млечнаго пути Естественно поэтому, что умъ человѣка давно стремится если не разрѣшить, то хотя бы сколько нибудь объяснить себѣ тайну процесса наслѣдственности. Къ сожалѣнію сколько нибудь удовлетворительнаго объясненія мы до сихъ поръ не имѣемъ Еще Гиппократъ предполагалъ, что „сѣмя"— мужское и женское,— собирается со всѣхъ частей животнаго и потому различныя измѣненія въ этихъ частяхъ отражаются на немъ и передаются по наслѣдству И теперь мы еще не очень далеко ушли отъ такого представленія Одна изъ недавнихъ — правда теперь уже мало кѣмъ признаваемыхъ - теорій наслѣдственности, *теорія пангенезиса Дарвина*, родственна по идеѣ съ взглядомъ Гиппократа По этой теоріи предполагалось, что у животныхъ, размножающихся при помощи половыхъ клѣтокъ, отъ всѣхъ клѣтокъ организма отдѣляются мельчайшія частицы, *геммулы*, которыя и входятъ въ составъ половыхъ клѣтокъ Каждая изъ геммулъ представляетъ собою особенности клѣтки, отъ которой она происходитъ и сообщаетъ эти свойства половой клѣткѣ, — а затѣмъ при развитіи новой особи передаетъ ихъ однороднымъ клѣткамъ и тканямъ. Такимъ образомъ, по мнѣнію Дарвина, могутъ передаваться потомствамъ пріобрѣтенныя въ теченіе жизни измѣненія: этимъ путемъ наслѣдуются не только видовыя свойства, но и измѣненія функціональныя, обусловленныя приспособленіемъ и вліяніемъ внѣшнихъ условій, а въ исключительныхъ случаяхъ даже и механическія поврежденія.

Теорія Дарвина вызвала много возраженій, и на смѣну ея явились дру-

гія теоріи (Спенсера, Гальтона, Геккеля Негели), въ послѣднее время особенно выдвинулась теорія наслѣдственности *Вейсмана*. Вейсманъ исходитъ изъ того признаваемаго большинствомъ біологовъ мнѣнія, что наслѣдственныя свойства передаются веществомъ, входящимъ въ составъ ядра половой клѣтки, такъ наз. *хроматиномъ* (который не нужно смѣшивать съ „хроматиномъ" нервныхъ клѣтокъ, окрашенныхъ по способу Нисселя). Оплодотвореніе сводится къ слiянію хроматина мужского и женскаго, причемъ изъ мужского живчика и женскаго яйца выдѣляется нѣсколько частей свободнаго хроматина, такъ что мужскіе и женскіе элементы вступаютъ въ соединеніе съ *неполнымъ* составомъ хроматина. Хроматинъ въ ядрѣ расположенъ въ видѣ особыхъ палочекъ или „хромозомъ"; эти палочки при дѣленіи клѣтокъ раздѣляются пополамъ и сохраняются въ каждой клѣткѣ, происшедшей изъ даннаго яйца въ томъ же количествѣ, какъ они были въ яйцѣ Такъ что, если яйцо содержало 4 хромозомы, то и всѣ клѣтки организма, происшедшія изъ этого яйца содержатъ по 4 хромозомы. Для того, чтобы яйцо сохранило при соединеніи съ живчикомъ то-же количество хромозомъ, и происходитъ при оплодотвореніи выдѣленіе излишняго количества ихъ какъ изъ женскаго, такъ и мужского элемента — Вейсманъ полагаетъ, что въ половыхъ клѣткахъ, въ ядерномъ веществѣ заключается вѣчно живущая *„зародышевая плазма"* Она передается изъ поколѣнія въ поколѣніе какъ таковая, и она то и обусловливаетъ передачу свойствъ даннаго вида Въ каждомъ потомкѣ, по мнѣнію Вейсмана, заключается частица *именно той зародышевой плазмы, которая жила въ его предкѣ*. Въ этомъ отношеніи передача свойствъ у животныхъ размножающихся при помощи половыхъ клѣтокъ, похожа на размноженіе при помощи почкованія или дѣленія у низшихъ животныхъ: такъ, напр, у амёбы клѣтка дѣлится на двѣ части, и одна часть идетъ на образованіе новой особи, слѣдовательно, вещество непрерывно продолжается изъ поколѣнія въ поколѣніе. У высшихъ животныхъ этого же рода процессъ происходитъ по отношенію къ ядерному веществу половыхъ клѣтокъ: оно также путемъ дѣленія непрерывно продолжается изъ поколѣнія въ поколѣніе Послѣ оплодотворенія, т. е. соединенія мужского и женскаго клѣточнаго элемента, происходитъ процессъ дѣленія, причемъ часть половой клѣтки идетъ на образованіе различныхъ тканей тѣла, а часть, именно „зародышевая плазма", входитъ неизмѣнной въ составъ клѣтокъ различныхъ частей тѣла и опредѣляетъ ихъ развитіе по типу предковъ Частицы зародышевой плазмы переходятъ и въ половыя клѣтки даннаго индивидуума и затѣмъ черезъ нихъ передаются слѣдующимъ рядамъ поколѣній Тѣ элементы ядернаго вещества, которыя остаются неизмѣняемыми и которыя „опредѣляютъ" родовой типъ развитія тканей, Вейсманъ называетъ „детерминантами" („опредѣлителями"): они составляютъ часть изъ числа такъ называемыхъ „біофоръ", т. е. мельчайшихъ составныхъ частей каждой клѣтки. Детерминанты, по мнѣнію Вейсмана, складываются въ „иды", а иды въ „иданты"; иданты представлены тѣми хромозомами, о которыхъ было сказано выше При оплодотвореніи и удаленіи при этомъ частицы хромозомъ, могутъ происходить различныя *измѣненія въ расположеніи детерминантовъ мужского и женскаго элементовъ* Въ зависимости отъ этого происшедшій плодъ нося въ себѣ основныя свойства даннаго вида, будетъ представлять *отличія* отъ отца и матери въ отдѣльныхъ своихъ свойствахъ. По всей вѣроятности между детерминантами происходитъ борьба, и болѣе сильные оказываютъ большее влія-

ніе на направленіе, въ которомъ совершается развитіе тканей, а въ зависимости отъ этого однѣ части организма развиваются по типу отца, другія по типу матери. Нѣкоторые изъ детерминантовъ, не оказывая замѣтнаго вліянія на развитіе организма даннаго поколѣнія, передаются слѣдующему поколѣнію, въ которомъ и проявляютъ себя, обнаруживаясь въ сходствѣ тѣхъ или другихъ признаковъ съ дѣдовскими или прадѣдовскими (атавизмъ). Точно также въ каждомъ женскомъ организмѣ скрыты детерминанты мужского сложенія, которые не обнаруживаясь въ строеніи тѣла матери, переходя въ слѣдующій плодъ, обусловливаютъ рожденіе мальчиковъ отъ женщинъ: точно также латентные въ организмѣ „пчелы—матки“ детерминанты „рабочихъ особей“ снова обнаруживаются въ строеніи „пчелъ — работницъ“. Такимъ образомъ при помощи детерминантовъ непрерывно, изъ поколѣнія въ поколѣніе, передаются основныя свойства вида, а индивидуальныя особенности каждой особи опредѣляются взаимнымъ соотношеніемъ материнскихъ и отцовскихъ детерминантовъ и сохраненіемъ однихъ изъ нихъ временно въ латентномъ состояніи.

Такъ какъ по существу „зародышевая плазма“, по взгляду Вейсмана, вѣчна и лишь передается изъ поколѣнія въ поколѣніе, то она и служитъ хранилищемъ основныхъ свойствъ даннаго вида. Этимъ прекрасно объясняется консервативный элементъ въ наслѣдственности, но совсѣмъ не объясняется передача пріобрѣтенныхъ свойствъ, особенно функціональныхъ. Правда, Вейсманъ утверждаетъ, что такія свойства и не передаются по наслѣдству, а являются результатомъ условій жизни, и въ доказательство приводитъ такіе факты: сколько бы поколѣній ни говорило на языкѣ данной національности, — родившійся ребенокъ не говоритъ на этомъ языкѣ и, получивъ по наслѣдству только общую способность къ рѣчи, свойственную человѣческому роду, выучивается говорить на языкѣ окружающихъ его людей. Точно также, безчисленное множество женщинъ рождаютъ дѣтей при условіи разрыва дѣвственной плевы,— и всетаки дѣвочки рождаются съ сохраненіемъ ея. Вейсманъ послѣдовательно отрѣзывалъ хвосты у представителей пяти поколѣній мышей и не замѣтилъ среди множества потомковъ ни одного съ дефектомъ въ строеніи хвоста. Передачу патологическихъ свойствъ Вейсманъ объясняетъ не наслѣдственностью въ собственномъ смыслѣ слова, а тѣмъ, что на элементахъ зародышевой плазмы отражается общее болѣзненное состояніе организма родителей. Такъ, у старика половыя клѣтки представляютъ явленія хилости, и естественно, что ребенокъ, родившійся отъ старика, можетъ быть слабымъ, но тѣмъ не менѣе онъ не будетъ представлять признаковъ старости съ самаго начала своей жизни. Аналогично можно толковать и другія явленія такъ наз. патологической наслѣдственности, напр., вліянія пьянства и хроническихъ болѣзней: эти условія вызываютъ въ данномъ индивидуумѣ ослабленіе жизненной энергіи половыхъ клѣтокъ, что отражается на питаніи развивающагося плода и на его свойствахъ, но наслѣдственности въ тѣсномъ смыслѣ этого слова здѣсь нѣтъ.

Однако мнѣніе Вейсмана относительно патологической наслѣдственности далеко не объясняетъ всѣхъ фактовъ, а потому и вызвало желаніе дополнить его теорію новыми соображеніями. Сюда относится дополненіе, сдѣланное Эмери и основанное на томъ, что многія ткани организма выдѣляютъ продукты, вліяющіе на питаніе и развитіе всего организма или отдѣльныхъ его частей

Такъ, удаленіе щитовидной железы вызываетъ остановку роста тѣла, кастрація вызываетъ остановку роста волосъ, у людей—измѣненіе голосовыхъ свойствъ. Введеніе элементовъ щитовидной железы даже другого животнаго останавливаетъ вредное вліяніе ея удаленія. Изъ этихъ фактовъ Эмери выводитъ предположеніе, что въ организмѣ вообще существуютъ вещества выдѣляемыя разными тканями („цимоплазмы“ разныхъ свойствъ), которыя могутъ дѣйствовать химически на зародышевую плазму, въ зависимости отчего на развитіи новой особи изъ зародышевой плазмы будетъ отражаться состояніе тканей у ихъ родителей. Такимъ путемъ можно объяснить и патологическую наслѣдственность, и наслѣдственность нѣкоторыхъ функціональныхъ свойствъ.

Къ этому нужно прибавить, что по взгляду нѣкоторыхъ представителей біологіи, какъ, напр., Негели, той части плазмы *половой клѣтки*, которая является носительницей наслѣдственныхъ свойствъ „идіоплазмѣ“ присуще свойство къ прогрессивному усовершенствованію подъ вліяніемъ внутренняго ей присущаго побужденія. Этимъ можно объяснить эволюцію въ развитіи видовъ помимо вліянія внѣшней среды (слѣдовательно вопреки взгляду Дарвина, полагавшему, что всѣ усовершенствованія вида обусловливались приспособленіемъ къ внѣшнимъ условіямъ и борьбою за существованіе) и регулированіе вреднаго вліянія дурной наслѣдственности.

Патологическая наслѣдственность, какъ по отношенію къ нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ, такъ и по отношенію къ другимъ болѣзнямъ бываетъ различнаго типа: 1) прямая (непосредственная) наслѣдственность, это — такая, въ которыхъ болѣзнь непосредственно передается отъ родителей (одного или обоихъ) къ дѣтямъ; 2) возвратная или атавистическая, когда болѣзненныя свойства передаются отъ дѣда, бабки, прадѣда и пр., минуя родителей. 3) Очень нерѣдко, собирая анамнестическія данныя о наслѣдственности, мы не находимъ никакихъ указаній на болѣзни предковъ, но находимъ указанія на болѣзненность въ боковыхъ линіяхъ—у дядей, теток, двоюродныхъ и троюродныхъ братьевъ. Это будетъ боковая наслѣдственность, указывающая на предрасположеніе существующее въ цѣлой семьѣ. 4) Наслѣдственность бываетъ односторонняя и двусторонняя, въ зависимости отъ того существуетъ ли она только въ семьѣ отца или матери, или съ обѣихъ сторонъ. 5) Наслѣдственность можетъ быть прогрессирующая или регрессирующая въ зависимости отъ того, увеличиваются ли изъ поколѣнія въ поколѣніе тѣ или другіе признаки, или уменьшаются. 6) Отмѣчаютъ еще наслѣдственность черезъ вліяніе, когда, напр., сынъ отъ второго брака матери получаетъ иногда свойства перваго мужа своей матери. Такъ, напр., одна негритянка, бывшая въ замужествѣ за бѣлымъ и потомъ вышедшая за негра, рождала и отъ второго брака мулатовъ. На возможность такого вліянія указываютъ нѣкоторые факты изъ наслѣдственности у животныхъ.

Что касается до наслѣдственности по отношенію къ душевнымъ

болѣзнямъ, то передача наклонности къ душевнымъ болѣзнямъ бываетъ не только отъ лицъ страдающихъ душевными болѣзнями въ собственномъ смыслѣ слова, но и отъ страдающихъ различными нервными болѣзнями (органическими и неврозами, какъ истерія, эпилепсія, хорея). Точно также психопатическія свойства развиваются у лицъ, рожденныхъ отъ родителей слабыхъ, истощенныхъ какою-нибудь болѣзнью (острою или хроническою), также отъ родителей пожилыхъ или представляющихъ очень большую разницу въ возрастѣ, отъ алкоголиковъ и лицъ, страдающихъ вообще хроническими отравленіями; лица, отличающіяся различными странностями, неправильною жизнью, лица, слишкомъ жестокія, преступники, нерѣдко являются родоначальниками поколѣнія, отличающагося большимъ количествомъ душевно-больныхъ и преступниковъ. Ломброзо приводитъ примѣръ одного пьяницы, Макса Юке. Отъ этого родоначальника въ теченіе 75 лѣтъ произошло 200 человѣкъ воровъ и убійцъ, 90 проститутокъ, 280 страдавшихъ слѣпотой, чахоткой, идіотизмомъ; въ его поколѣніи 300 дѣтей умерли въ раннемъ дѣтствѣ. Замѣчательно также, что въ нѣкоторыхъ семьяхъ, отличающихся особенной наклонностью къ душевнымъ болѣзнямъ, числятся и лица въ высшей степени талантливыя и геніальныя, что и дало основаніе для сближенія геніальности и помѣшательства.

Къ причинамъ неблапріятной наслѣдственности часто причисляются и браки между кровными родственниками. Въ большинствѣ случаевъ дѣйствительно дѣти, рождающіяся отъ такихъ браковъ, представляютъ признаки патологической и въ частности психопатической наслѣдственности; но сказать, что это зависитъ только отъ кровнаго родства родителей нельзя: наблюденія показываютъ, что въ тѣхъ родахъ, въ которыхъ допускались браки даже между родными братьями и сестрами, не было больше вырожденныхъ, чѣмъ въ другихъ семьяхъ. Извѣстны такіе браки у древнихъ персовъ, нѣкоторыя духовныя лица даже обязательно вступали въ подобные браки; они были обычаями въ династіи Птоломеевъ, и Клеопатра родилась отъ брака брата и сестры. На островѣ Явѣ есть небольшая группа жителей, обособившихся въ горахъ отъ другихъ родовъ. Всего ихъ 40 дворовъ, и въ теченіе четырехъ столѣтій они вступаютъ исключительно въ близкіе кровные браки и не смотря на это отличаются крѣпкимъ сложеніемъ и прекрасными душевными свойствами. Браки между кровными родственниками конечно вредны тогда, когда ихъ родъ представляетъ признаки наслѣдственной психопатіи; тогда, понятно, дурное вліяніе родителей на потомство удвоивается.

Если фактъ существованія психопатической наслѣдственности и нужно

считать несомнѣннымъ, такъ какъ мы видимъ, что дѣти и потомки душевно-больныхъ и нервно-больныхъ часто также заболѣваютъ нервными и душевными разстройствами, все таки, несомнѣнно, что далеко не все ихъ потомство страдаетъ душевными болѣзнями. Психическое разстройство является обыкновенно лишь у нѣкоторыхъ членовъ такой семьи, оставляя непораженными другихъ.

У различныхъ лицъ семьи, въ которой существуетъ наслѣдственное психопатическое расположеніе, наслѣдственность оказываетъ не одинаковое вліяніе. Такъ, у нѣкоторыхъ изъ лицъ невропатической семьи мы находимъ только предрасположеніе къ заболѣванію, у другихъ же съ дѣтства замѣтны какія-нибудь странности характера, вліянія неправильнаго развитія мозга, признаки инвалидности мозга или явные признаки психическаго вырожденія (дегенераціи), признаки врожденной психопатической конституціи.

Вопросомъ о психическомъ вырожденіи или психической дегенераціи въ настоящее время весьма интересуются, хотя нельзя еще сказать, чтобы по этой части много было добыто истинно-научныхъ данныхъ. Правда, существуетъ много фактовъ, приводимыхъ въ подтвержденіе той или другой „теоріи дегенераціи", но эти факты собраны не всегда безпристрастными изслѣдователями и потому требуютъ провѣрки. Тѣмъ не менѣе общій выводъ—именно тотъ, что при неблагопріятныхъ условіяхъ душевныя аномаліи родителей передаются потомкамъ и отдаленнымъ поколѣніямъ,—раздѣляется всѣми, точно такъ, какъ и мнѣніе, что эта передача дурныхъ сторонъ психической организаціи можетъ быть такъ сильна, что въ концѣ концовъ въ данномъ поколѣніи можетъ совсѣмъ прекратиться правильное развитіе психической жизни, и родъ закончится поколѣніемъ идіотовъ. Однако нельзя исключать возможности и того, что развитіе дегенеративныхъ свойствъ въ данномъ поколѣніи остановится, и мало этого, при благопріятныхъ условіяхъ, наступитъ регенерація, т. е. дурныя свойства организаціи все болѣе и болѣе будутъ сглаживаться, и поколѣніе будетъ все болѣе и болѣе приближаться къ нормальному типу.

Въ настоящее время существуютъ двѣ главныя теоріи дегенераціи Одна, идущая отъ знаменитаго Мореля, отца ученія о психическомъ вырожденіи, признаетъ, что уклоненія отъ „нормальнаго типа", явившіяся при неблагопріятныхъ условіяхъ у родителей, передаются благодаря наслѣдственности потомкамъ и при томъ не просто передаются, а все усиливаются. Такъ, Морель принимаетъ какъ одинъ изъ частыхъ типовъ такіе четыре ступени вырожденія: въ 1-мъ поколѣніи странности характера, съ наклонностью къ пьянству,

во 2-мъ поколѣніи — психозъ, выражающійся въ аномаліи душевныхъ чувствъ и въ нравственной сферѣ (въ сферѣ чувствъ); въ 3-мъ поколѣніи помѣшательство съ бредовыми идеями и исходомъ въ слабоуміе, въ 4-мъ идіотизмъ. Затѣмъ родъ прекращается. Такое же вліяніе, какое въ данномъ примѣрѣ имѣли странности характера и пьянство, можетъ имѣть и какая нибудь тяжелая нервная или душевная болѣзнь, что видно изъ слѣдующей таблицы, изображающей развитіе вырожденія въ одной семьѣ:

1-е поколѣніе: отецъ помѣшанный, мать здорова,

2-е поколѣніе: дочь была больна помѣшательствомъ,

3-е поколѣніе: дочь помѣшана — дочь здорова — дочь помѣшана — дочь здорова

дочь (судьба неизвѣстна) — дочь помѣшана. — сынъ (манія, слабоуміе) — 7 здоровыхъ дѣтей — сынъ самоубійца — дочь слабоумная — дочь (періодическое помѣшательство) — 2 сына (судьба неизвѣстна)

въ 5-мъ поколѣніи дѣтей нѣтъ.

Такое же вліяніе оказываютъ иногда чрезвычайно неправильная жизнь родоначальника, разные эксцессы, иногда чрезмѣрное умственное напряженіе,—или быстрый переходъ изъ одного положенія въ другое, напр., изъ бѣдности къ очень большому богатству, или обратно изъ богатства къ бѣдности,—сложныя отвѣтственныя обязанности, чрезмѣрная власть, выдающаяся общественная дѣятельность.

Въ пользу теоріи прогрессивной дегенераціи можно привести много примѣровъ, гдѣ фамилія прекратилась на 4-мъ или 5-мъ поколѣніи послѣ того, какъ ихъ предокъ выдался чѣмъ нибудь особеннымъ (талантомъ, случаемъ, богатствомъ, развитіемъ сложнаго торговаго предпріятія) или даже просто перемѣнилъ сельскую жизнь на городскую, или былъ боленъ какою-нибудь нервною или душевною болѣзнью. Но несомнѣнно столь же много примѣровъ можно привести и противъ прогрессивности вырожденія, заканчивающагося вымираніемъ, какъ непремѣннаго условія: во-первыхъ и въ семьяхъ, гдѣ несомнѣнно существуетъ большое расположеніе къ нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ, существуетъ иногда не наклонность къ вымиранію, а даже чрезмѣрная плодовитость, что, напр., нерѣдко приходится наблюдать въ семьяхъ евреевъ, а во-вторыхъ, далеко не всегда и далеко не всѣ потомки несомнѣнно душевно-больныхъ, а тѣмъ болѣе только знаменитыхъ или странныхъ людей, заболѣваютъ психически. У многихъ изъ этихъ по-

томковъ нѣтъ и слѣда дегенераціи, и они представляютъ изъ себя самые лучшіе нормальные типы. А иной разъ случается видѣть, что начавшееся въ семьѣ вырожденіе, останавливается и психическія проявленія начинають уменьшаться—семья возрождается.

По другой теоріи, представителемъ которой является итальянскій психіатръ Ломброзо, дегенерація выражается чаще всего съ одной стороны развитіемъ невроза, стоящаго ближе всего къ эпилепсіи (падучей болѣзни), а съ другой—въ такомъ измѣненіи организма, которое приближаетъ его къ типу некультурныхъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ дикихъ, прародичей. По этой теоріи съ человѣкомъ можетъ происходить то же, что, напр., съ яблоней: если культивированную яблоню оставить безъ надлежащаго ухода, она вырождается, т. е. дѣлается дикою, возвращается къ типу яблони, отъ которой произошла садовая яблоня; она утрачиваетъ всѣ свои „лучшія"—съ нашей точки зрѣнія—свойства. Точно то же можетъ быть подъ вліяніемъ дегенераціи и съ человѣкомъ. Благодаря дегенераціи онъ утрачиваетъ наиболѣе культурныя свои свойства, онъ теряетъ способность къ высшему нравственному развитію, умственныя способности становятся менѣе тонки, и въ немъ воскресають свойства, хранящіяся въ немъ какъ наслѣдіе отъ дикихъ предковъ; онъ дѣлается мстителенъ, дерзокъ, наклоненъ къ насиліямъ, къ грабежу, убійству и даже къ людоѣдству. По этой теоріи однимъ изъ самыхъ рѣзкихъ проявленій дегенераціи являются такъ называемые „прирожденные преступники" и дикіе насильственники, наиболѣе напоминающіе, какъ по физическому строенію своему (формѣ черепа, лица, зубовъ и пр.), такъ и по складу психической организаціи, людей низшихъ расъ. Но и по этой теоріи далеко не у всѣхъ, подвергающихся дегенераціи, лицъ является очень рѣзкое возвращеніе къ типу предковъ; у нѣкоторыхъ дегенерація выражается только въ небольшихъ, не особенно бросающихся въ глаза особенностяхъ строя ихъ психической организаціи, или въ большой эксцентричности (полоумные—„маттоиды"), или, какъ я сказать, въ наклонности къ появленію quasi-эпилептическаго невроза. Подъ вліяніемъ этого послѣдняго могутъ быть временныя вспышки въ психической жизни, выражающіяся въ однихъ случаяхъ въ видѣ странностей, чудачествъ въ другихъ—въ преступныхъ вспышкахъ, въ третьихъ—въ актахъ геніальныхъ. По Ломброзо геніальность есть тоже своего рода дегенерація.

Хотя громаднымъ большинствомъ ученыхъ взгляды Ломброзо на существованіе особаго типа „прирожденнаго преступника" и нѣкоторыя другія воззрѣнія его, напр., воззрѣніе на геніальность, и не признаются, тѣмъ не менѣе его послѣдователи указывають на то, что во мно-

тихъ случаяхъ внимательное изслѣдованіе преступниковъ и проститутокъ доказываетъ существованіе у нихъ физическихъ признаковъ вырожденія, какъ бы свидѣтельствующихъ, что они по самому устройству своего тѣла обречены идти преступною дорогою. Взглядъ Ломброзо на геніальность думаютъ также подтвердить указаніемъ на то, что дѣйствительно геніи встрѣчаются въ тѣхъ семьяхъ, гдѣ есть и дегенеранты, и душевно-больные, да и сами геніальные люди нерѣдко страдаютъ душевными болѣзнями или представляютъ физическіе признаки дегенераціи. Но это указываетъ только на то, что благодаря наслѣдственной передачѣ можетъ развиться какъ недостаточное развитіе нервной системы, такъ и чрезвычайная чувствительность и тонкость ея, составляющія съ одной стороны условія даровитости и геніальности, а съ другой—и условіе бо́льшей ранимости и неустойчивости.

Какъ бы то ни было, каковы бы ни были взгляды на теорію дегенераціи, но въ психіатріи взглядъ на наслѣдственность, какъ на одну изъ главныхъ причинъ душевныхъ болѣзней, считается твердо установленнымъ на основаніи многихъ фактовъ. Въ отчетахъ, указывающихъ на причину заболѣваній душевными разстройствами, наслѣдственность занимаетъ почти всегда одно изъ главныхъ мѣстъ между этіологическими моментами. Правда, процентное отношеніе наслѣдственности къ другимъ причинамъ очень различна въ отчетахъ разныхъ авторовъ и больницъ: цифра колеблется между 6% и 90%. Такое большое колебаніе объясняется съ одной стороны недостаткомъ анамнестическихъ свѣдѣній относительно больныхъ въ большихъ заведеніяхъ, содержащихъ преимущественно больныхъ изъ классовъ некультурныхъ, а съ другой — и личнымъ вниманіемъ изслѣдователя и его умѣньемъ собирать свѣдѣнія. Въ общемъ можно сказать, что навѣрное въ половинѣ случаевъ душевныхъ болѣзней, существуетъ наслѣдственность психопатическая, невропатическая или алкогольная. По даннымъ, касающихся больныхъ, лежавшихъ въ нашей Московской психіатрической клиникѣ за 5 лѣтъ мы имѣемъ слѣдующія цифры:

Изъ	238 мужчинъ		и	118 женщинъ	
психопатическая наслѣдственность	у 150, т. е. около 62%	} 83%		85, т. е. около 73%	} 85%
пьянство въ восходящей линіи	у 50, „ „ 21 „			16, „ „ 12 „	
наслѣдственность отрицается	у 25, „ „ 11 „			11, „ „ 10 „	
неизвѣстны данныя о наслѣдственности	у 13 „ „ 6 „			6, „ „ 5 „	

съ другой стороны, если мы возьмемъ двѣ, одинаковыя по числу, группы людей психически больныхъ и психически здоровыхъ, то окажется, что среди родственниковъ душевно-больныхъ значительно болѣе лицъ, страдающихъ психозами, неврозами и самоубійцъ. По изслѣдованіямъ Баллѣ и Режиса на 100 человѣкъ душевно здоровыхъ приходится такихъ родственниковъ 17, а на 100 душевно-больныхъ—92.

Въ большинствѣ случаевъ при существованіи психической наслѣдственности, въ потомствѣ развивается не та же болѣзненная форма, которая была у предковъ; такъ, у предковъ можетъ быть истерія, эпилепсія, алкоголизмъ, а у потомковъ душевная болѣзнь и наоборотъ. Такого рода наслѣдственность называется разнородная или гетерохронная. Есть мнѣніе, по которому всегда передается не наклонность къ какой-нибудь опредѣленной психической или нервной болѣзни, а передается лишь извѣстный діатезъ или то основное разстройство питанія тканей, на почвѣ котораго развиваются различныя формы душевнаго заболѣванія, причемъ однѣ являются болѣе часто на почвѣ одного діатеза, наприм., артритизма, другіе на почвѣ другого, наприм., золотушнаго. Не отрицая справедливости этого воззрѣнія для нѣкоторыхъ случаевъ, нельзя однако не признать, что иногда передается по наслѣдству болѣзнь совершенно одна и та же. Это такъ называемая однородная или сходственная (гомогенная) наслѣдственность. Такъ, напр., довольно часто въ семьѣ существуетъ наклонность именно къ періодической формѣ душевнаго заболѣванія или къ меланхоліи съ самоубійствомъ. Иной разъ проявленіе наслѣдственнаго расположенія обнаруживается въ данной семьѣ всегда въ одно время. Я знаю одну семью, гдѣ у отца въ возрастѣ около 21 года былъ приступъ галлюцинаторной спутанности и у двухъ изъ его пяти сыновей въ томъ же возрастѣ были такіе же приступы болѣзни. У каждаго было лишь по одному приступу, кончившемуся полнымъ выздоровленіемъ. Довольно часто цитируется такой примѣръ Гаммонда: одинъ господинъ перерѣзалъ себѣ горло въ ваннѣ, будучи 35 лѣтъ. Онъ оставилъ 2-хъ сыновей и 1 дочь; всѣ они въ томъ же возрастѣ лишили себя жизни тѣмъ же способомъ; дочь оставила сына, который такимъ же образомъ лишилъ себя жизни на 31-мъ году.

Очень сходными формами душевнаго разстройства страдаютъ обыкновенно близнецы. То, что близнецы очень часто представляютъ чрезвычайное сходство въ физической и душевной сферѣ,—вещь общеизвѣстная. Иногда близость душевной жизни близнецовъ достигаетъ чрезвычайной степени. Поразительный примѣръ такого рода приводитъ Бомъ о двухъ братьяхъ близнецахъ: потрясенные случаемъ воровства

обa они увидѣли одинаковый сонъ, въ одинъ и тотъ же часъ, будучи на разстояніи нѣсколькихъ верстъ. Пробудившись подъ вліяніемъ кошмара, каждый крикнулъ: „я держу вора, на брата напали"; послѣ и у того, и у другого наступилъ бредъ, окончившійся быстро смертью. Умерли они одинъ черезъ 48 часовъ послѣ другого: первый утонулъ, (какъ разъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ другой хотѣлъ утопиться, но былъ спасенъ), а другой отъ кровоизліянія при состояніи сильнаго возбужденія. Я наблюдалъ случай чрезвычайно похожихъ другъ на друга двухъ близнецовъ офицеровъ, у которыхъ одновременно и съ поразительно схожими признаками развилось около 25—35 лѣтъ преждевременное слабоуміе (dementia praecox). Французскіе авторы даже даютъ особое названіе психическимъ разстройствамъ близнецовъ „folie gémellaire".

Какія психическія болѣзни болѣе склонны передаваться по наслѣдству, какія менѣе, объ этомъ мы будемъ еще говорить въ частной психіатріи.

Теперь же обратимся къ очень интересному вопросу, — отъ кого изъ родителей передается преимущественно психическая болѣзнь. Въ этомъ отношеніи не всѣ авторы смотрятъ одинаково. Эскироль приписывалъ матери бóльшую роль, Бальярже полагалъ, что отъ душевно-больной матери чаще заболѣваетъ дочь, а при болѣзни отца— сынъ, Рихарцъ на основаніи ряда теоретическихъ сооображеній устанавливаетъ такую формулу: если боленъ отецъ, то шансы къ заболѣванію идутъ въ такомъ уменьшающемся порядкѣ: 1) сынъ, болѣе похожій на отца, 2) дочь, болѣе похожая на отца, 3) дочь, болѣе похожая на мать и 4) сынъ, похожій на мать. Если же больна мать, то 1) дочь, похожая на мать, 2) сынъ, похожій на отца, 3) сынъ, похожій на мать и 4) дочь, похожая на отца. И. Г. Оршанскій, много занимавшійся вопросомъ о наслѣдственности, приходитъ въ своей статьѣ „Законы наслѣдственности" къ тому заключенію, что „патологическая наслѣдственность значительнѣе со стороны матери, и опасность больше для мальчиковъ, чѣмъ для дѣвочекъ; болѣзненное состояніе отца имѣетъ наклонность усиливаться особенно у сыновей; болѣзненное состояніе матери напротивъ ослабляется у дѣтей, особенно у дочерей; патологическая наслѣдственность отца прогрессивна, матери—регрессивна; опасность дегенераціи больше для сыновей больныхъ отцовъ, меньше для дѣвочекъ больныхъ матерей. Наслѣдственность болѣзней наибольшая для молодыхъ родителей; въ эпоху ихъ полной индивидуальной зрѣлости и между первыми дѣтьми больныхъ родителей встрѣчается бóльшее число больныхъ и самыя тяжелыя болѣзни".

15. Весьма важное вліяніе въ качествѣ предрасполагающей при-

чины къ душевнымъ заболѣваніямъ имѣютъ неблагопріятныя **условія зачатія, утробной жизни плода, рожденія и физическаго развитія въ первомъ дѣтствѣ.**

Такъ, давно уже отмѣчено, что ненормальное состояніе родителей во время зачатія отражается на потомствѣ. Зачатіе во время опьяненія одного изъ родителей ведетъ иногда къ идіотизму дѣтей. Испугъ матери, происшедшій послѣ момента зачатія, былъ также отмѣченъ какъ причина идіотизма ребенка. Было отмѣчено, что дѣти, развившіяся черезъ 8—9 мѣсяцевъ послѣ осады Парижа въ 1870 году, отличались особенной хилостью, наклонностью къ конвульсіямъ и странностямъ характера („enfants du siège—дѣти осады“).

Условія, въ которыхъ находится мать во время беременности играютъ также важную роль. Болѣзни матери, особенно психическія и нервныя, гнетущія заботы, пьянство, пріемъ наркотическихъ, травматическія поврежденія — все это отражается на питаніи и развитіи плода и на психическомъ складѣ человѣка, начинающаго свою жизнь при такихъ условіяхъ. Вредное вліяніе неблагопріятныхъ условій утробной жизни доказывается не только повседневнымъ опытомъ, но и экспериментомъ: еще Дарестъ указалъ на то, что ударами по куриному яйцу и вліяніемъ на него чрезмѣрно высокой температуры можно вызвать уродства развивающихся цыплятъ. Фере подвергалъ куриныя яйца дѣйствію паровъ алкоголя и отмѣтилъ, что яйцо въ такихъ условіяхъ развивается лишь черезъ 100 часовъ до такой степени, до которой развивается оно при высиживаніи много ранѣе. Броунъ Секаръ вызывалъ у беременныхъ морскихъ свинокъ эпилепсію ударами молоткомъ по головѣ; эпилепсія передавалась и потомству. Нечего и говорить, что болѣзни плода въ утробной жизни отражаются непосредственно и на развитіе душевной сферы.

Самый актъ родовъ оказываетъ также вліяніе; тутъ имѣютъ значеніе и несвоевременность родовъ, неправильность ихъ, наложеніе щипцовъ, травматическія поврежденія черепа младенца. Точно также имѣютъ значеніе и условія первоначальнаго физическаго развитія — кормленіе истощенною, душевно-больною или злоупотребляющею спиртными напитками кормилицею, употребленіе въ раннемъ дѣтствѣ наркотическихъ (напр., маковаго молока, которое даютъ дѣтямъ для сна) или спиртныхъ напитковъ. Безъ сомнѣнія играетъ важную роль также разныя болѣзни дѣтскаго возраста — рахитизмъ (вліяющій на общее питаніе и строеніе черепа), сифилисъ, аденоидныя разростанія въ полости носа, мозговыя болѣзни и инфекціонныя, особенно скарлатина.

16. **Воспитаніе.** Нечего и говорить, что правильное воспитаніе можетъ уменьшить наклонность къ психическимъ заболѣваніямъ, а воспитаніе дурное—способствовать къ развитію предрасположенія къ душевнымъ болѣзнямъ. Главную задачу воспитателя, думающаго о томъ, какъ обезопасить воспитанника отъ заболѣванія душевною болѣзнью, должно составлять развитіе твердыхъ руководящихъ привычекъ и принциповъ, которые бы могли указать ему путь въ затруднительныхъ обстоятельствахъ, развитіе стремленія къ доступному для него труду, правильной оцѣнки своихъ силъ и обязанностей и способности самообладанія, способности владѣть своимъ вниманіемъ и подавлять возникающія побужденія изъ области низшихъ влеченій,—развитіе здраваго смысла и соотвѣтствующей возрасту самостоятельности вмѣстѣ съ гармоническимъ развитіемъ физическихъ силъ.

Къ сожалѣнію, воспитаніе молодежи въ наше время часто бываетъ совершенно неправильно, чѣмъ можетъ въ значительной мѣрѣ обусловливаться какъ количество неврастениковъ и самоубійцъ между молодежью, такъ и замѣтное увеличеніе числа больныхъ, страдающихъ юношескою формою преждевременнаго слабоумія (dementia praecox juvenilis).

Не касаясь неправильностей чисто физическаго воспитанія, я могу отмѣтить, что главныя дурныя стороны моральнаго воспитанія бываютъ трехъ родовъ: 1) воспитаніе слишкомъ суровое и жестокое, несоотвѣтствующее современному строю жизни, вызываетъ ожесточеніе, лицемѣріе или забитость, неспособность къ самостоятельному мышленію; на этой почвѣ развиваются нерѣдко тупоумие или наклонность къ меланхоліи, подозрительность, мнительность, ипохондрія съ послѣдовательнымъ первичнымъ помѣшательствомъ; иногда переходъ отъ чрезвычайно суроваго воспитанія къ совершенно свободной жизни взрослаго, какъ это бываетъ въ средѣ богатыхъ, вышедшихъ изъ крестьянъ, купцовъ и фабрикантовъ, сопровождается крайней разнузданностью въ эксцессахъ разнаго рода, что́ вызываетъ въ свою очередь рядъ болѣзней (алкоголизмъ, прогрессивный параличъ).

2) Воспитаніе можетъ быть дурно вслѣдствіе чрезмѣрнаго баловства воспитанника, предупрежденія всѣхъ могущихъ у него возникнуть желаній и избытка удовольствій (обиліе зрѣлищъ, сластей, подарковъ). Въ большинствѣ случаевъ при этомъ не развивается ни привычки къ труду, ни заботы о другихъ; развиваются наоборотъ требовательность, эгоизмъ, стремленіе къ наслажденію, и въ то же время является раннее пресыщеніе удовольствіями; потому что то, что составляетъ главную основу истиннаго удовольствія—любовь къ другимъ, дѣятельность и творчество—не только не культивируется, но убивается

въ зародышѣ. Нужно много природныхъ хорошихъ качествъ, чтобы не выйти изъ такого воспитанія исковерканнымъ и неустойчивымъ, безсильнымъ противъ случайностей жизни.

3) Воспитаніе можетъ быть дурно вслѣдствіе того, что умъ дѣтей развивается несоотвѣтственно ихъ возрасту; частью это касается воспитанія въ собственномъ смыслѣ слова, частью обученія. Въ нашихъ даже интеллигентныхъ семьяхъ сплошь и рядомъ дѣти присутствуютъ при такихъ разговорахъ и сценахъ, при которыхъ они не должны быть. Сколько разъ приходилось видѣть, какъ въ присутствіи маленькихъ гимназистовъ родители ихъ, не стѣсняясь въ выраженіяхъ, критикуютъ непонимаемую ими самими систему образованія, бранятъ учителей, обвиняютъ ихъ въ несправедливости, пристрастіи. Если бы даже это и было справедливо, то все таки такого рода разговоры въ присутствіи дѣтей врядъ ли могутъ развить въ нихъ что-либо, кромѣ отсутствія интереса къ ученію и легкаго отношенія къ своимъ обязанностямъ по школѣ, а затѣмъ и ко всѣмъ другимъ. Участіе дѣтей во всѣхъ удовольствіяхъ взрослыхъ, допущеніе ихъ проводить безсонныя ночи на вечерахъ, иногда же дозволеніе употребленія вина—составляетъ зло, противъ котораго врачъ слѣдуетъ бороться всѣми силами.

Если въ такомъ направленіи можетъ дурно влять семья, то сплошь и рядомъ дурное вліяніе поддерживается и школой. Современная средняя школа не нашла еще себѣ настоящаго правильнаго образца: и это не только у насъ, это вездѣ въ Западной Европѣ: вездѣ жалуются на школьное переутомленіе, на то, что среднее образованіе дается съ трудомъ, что часто въ школѣ дѣти, до этого способные и дѣятельные, становятся тупыми, односторонними, быстро теряющимися, падающими духомъ, нуждающимися въ постоянной поддержкѣ и въ то же время озлобленными противъ своихъ учителей. Есть врачи (между ними былъ даже и знаменитый невропатологъ Шарко), которые отрицали возможность школьнаго утомленія у дѣтей: дѣтей, говорилъ Шарко, нельзя переутомить, потому что разъ ребенокъ утомится,—наступитъ естественная реакція усталости—невниманіе, и доступъ впечатлѣній прекратится. Это до извѣстной степени вѣрно, но только тогда, когда старательно слѣдятъ за индивидуальностью ребенка. Если же этого нѣтъ, если съ одной стороны дѣйствуетъ страхъ передъ учителемъ и родителями, а съ другой болѣзненно развитое самолюбіе, то и ребенокъ будетъ дѣлать чрезмѣрное умственное напряженіе, кончающееся въ концѣ концовъ часто отупѣніемъ и разслабленіемъ вниманія, или ведущее къ такому нарушенію общаго питанія, которое является благодарной почвой для заболѣванія душевными болѣзнями. Особенно часто это именно и

бываетъ отъ чрезмѣрнаго напряженія ума въ періодѣ начинающагося полового развитія.

Случаи вреднаго вліянія школьнаго переутомленія извѣстны каждому опытному врачу. Какъ одинъ изъ примѣровъ я могу привести слѣдующій фактъ. Въ одномъ учебномъ заведеніи, была одно время категорія воспитанниковъ, которые по условіямъ своего поступленія въ данное учебное заведеніе, должны были пройти въ три года тотъ курсъ, на который другіе ихъ товарищи, не принадлежавшіе къ этой категоріи, затрачивали пять лѣтъ. Всѣхъ воспитанниковъ этой категоріи было около 70. Изъ нихъ мнѣ лично извѣстны были пять человѣкъ, заболѣвшихъ психически въ первые десять лѣтъ по окончаніи курса Такой большой процентъ заболѣванія слѣдуетъ, конечно, въ значительной мѣрѣ приписать вліянію переутомленія въ отроческомъ возрастѣ (правда не исключительно: у нѣкоторыхъ изъ заболѣвшихъ была тяжелая наслѣдственность; кромѣ того переходъ изъ бѣдной обстановки, въ которой жили мальчики до поступленія въ это училище, въ привиллегированную школу, гдѣ остальные товарищи были дѣти богатыхъ людей, имѣло также извѣстное значеніе).

Кромѣ этихъ главныхъ дурныхъ сторонъ воспитанія, на которыя я указалъ, существуетъ еще много погрѣшностей, развивающихъ наклонность къ душевному заболѣванію; сюда относится чрезмѣрное развитіе фантазіи у дѣтей, запугиваніе, пріученіе къ мнительности, особенной заботливости относительно болѣзней, изнѣженность, отсутствіе правильнаго питанія, отсутствіе физическихъ упражненій особенно на воздухѣ, удаленіе отъ общества сверстниковъ. Особенно же дурно дѣйствуетъ раннее спаиваніе виномъ и половое развращеніе какъ со стороны случайнаго дурного примѣра, такъ и со стороны родителей и воспитателей.

17. **Вліяніе среды**, въ которой живетъ человѣкъ, также иногда располагаетъ къ душевнымъ заболѣваніямъ. Это относится не только къ дѣтямъ и отрокамъ, но и къ возмужалымъ людямъ. Не только складъ мыслей человѣка соотвѣтствуетъ средѣ, въ которой онъ живетъ, но и его влеченія, привычки; развивается своеобразная односторонность, свойственная данному сообществу и являются почти непреодолимыя потребности, зависящія отъ вліянія примѣра окружающихъ. Этимъ объясняются тѣ демономаническія эпидеміи, которыя были въ средніе вѣка; этимъ объясняются и эпидеміи истеріи и вообще цѣлый рядъ болѣзненныхъ проявленій въ области отправленій нервной системы Нерѣдко подъ вліяніемъ среды у слабаго человѣка развивается стремленіе къ злоупотребленію спиртными напитками, развиваются извращенные поло-

выя влеченія, теряются нравственныя принципы, а въ связи съ этимъ развивается и общая неустойчивость и неуравновѣшенность.

18. **Индивидуальныя свойства характера** имѣютъ очень большое значеніе въ этіологіи душевныхъ болѣзней. Это ясно само собою, потому что, съ одной стороны, они сами суть проявленія или наслѣдственности, или воспитанія и другихъ вліяній, могущихъ вызывать психопатическія особенности характера, а съ другой, благодаря своимъ индивидуальнымъ свойствамъ, человѣкъ подвергается тѣмъ или другимъ вліяніямъ, могущимъ вызвать въ немъ душевное заболѣваніе. Такъ, конечно, раздражительный и злой человѣкъ будетъ вызывать и въ окружающихъ недружелюбное отношеніе; лѣнивый и хвастливый—будетъ встрѣчать часто оскорбленія, а это все можетъ способствовать измѣненію душевнаго строя въ болѣзненную сторону.

Чрезвычайно интересный вопросъ о томъ, насколько индивидуальный характеръ вліяетъ на форму заболѣванія, остается до сихъ поръ открытымъ за недостаткомъ точныхъ наблюденій.

Таковы главныя предрасполагающія причины душевныхъ болѣзней. Переходимъ къ производящимъ причинамъ, т. е. такимъ, которыя служатъ непосредственными поводами къ душевнымъ заболѣваніямъ. Важнѣйшія изъ нихъ слѣдующія:

В. Производящія причины.

1. **Моральныя потрясенія**. Моральныя потрясенія составляютъ одинъ изъ самыхъ частыхъ поводовъ къ душевнымъ болѣзнямъ, хотя въ большинствѣ случаевъ вліяніе ихъ бываетъ особенно велико лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ есть сильное расположеніе къ душевнымъ болѣзнямъ, напр., подъ вліяніемъ наслѣдственности. Моральныя потрясенія, вызывающія душевную болѣзнь, могутъ быть или внезапныя, напр., сильный испугъ, извѣстіе о неожиданномъ несчастіи, позорящее, напр., тѣлесное (половое) насиліе, рѣзкая перемѣна въ обстановкѣ, измѣна любимой особы. Въ такомъ случаѣ вліяніе этихъ потрясеній можно сравнить съ вліяніемъ травмы, и психическое разстройство можетъ развиться непосредственно за этимъ вліяніемъ на подобіе травматическаго шока. Или моральная причина дѣйствуетъ медленно, постепенно подтачивая душевныя силы: таковы, напр., гнетущія заботы, длительное горе, безнадежная любовь, семейныя неурядицы, тоска по родинѣ и по семьѣ.

Дѣйствіе внезапныхъ моральныхъ потрясеній вызываетъ нерѣдко очень быстрое нарушеніе психическихъ отправленій, сопровождаемое

спутанностью или глубокимъ подавленіемъ сознанія въ формѣ ступора. Описываютъ случаи, гдѣ лица, испуганныя какимъ-нибудь страшнымъ событіемъ, моментально впадали въ состояніе оцѣпенѣнія, продолжавшееся очень долгое время.

Длительныя заботы, огорченія вызываютъ обыкновенно довольно медленно подкрадывающіяся душевныя заболѣванія. Хотя обнаруженіе ихъ бываетъ иной разъ и быстрое, даже внезапное, но почти всегда можно прослѣдить, какъ подъ вліяніемъ долговременнаго душевнаго угнетенія разстраивался сонъ, разстраивалось общее питаніе и измѣнялось настроеніе. Формы, которыя развиваются отъ непріятныхъ моральныхъ воздѣйствій далеко не всегда носятъ характеръ меланхолическій, т. е. соединены съ аффекгомъ непріятнаго тона; нерѣдко вслѣдъ за длительнымъ огорченіемъ мы видимъ и маніакальныя формы съ возбужденіемъ и повышеннымъ настроеніемъ. Иногда при этомъ именно состояніе распущенности и даже разнузданной веселости является какъ бы реакціей на угнетеніе длительными заботами, точно организмъ наплывомъ ощущеній и идей повышеннаго содержанія смываетъ мучившія больного заботы.

Д-ръ Фрейдъ полагаетъ, что во многихъ случаяхъ появленіе психическаго разстройства въ зависимости отъ какого-нибудь несчастія или моральнаго потрясенія совершается, такъ сказать, по типу „конверсіи“: больной, измученный тяжелою мыслью, отъ которой онъ не находитъ покоя, наконецъ безсознательно, но ***съ цѣлью инстинктивной самозащиты***, производитъ ***подмѣнъ*** ея. Дѣйствительная гнетущая мысль скрывается въ глубинѣ, а взамѣнъ ея въ сознаніе вступаетъ рядъ другихъ мыслей и другихъ чувствованій; вмѣстѣ съ тѣмъ измѣняется и весь строй душевной жизни, что и проявляется внѣшнимъ образомъ въ видѣ душевной болѣзни Подобнаго рода явленіе мы дѣйствительно можемъ наблюдать у нѣкоторыхъ истеричныхъ: очень нерѣдко истеричные въ моментъ какихъ-нибудь тяжелыхъ событій, напр., при опасной болѣзни близкихъ лицъ, впадаютъ въ состояніе бреда, во время котораго хохочутъ, танцуютъ, говорятъ вздоръ, какъ бы забывая объ окружающей ихъ тяжелой обстановкѣ. Черезъ нѣсколько времени, особенно, если, напр., опасная болѣзнь близкаго лица повернула къ выздоровленію, и бредъ исчезаетъ, больныя приходятъ въ себя

Бо́льшая часть впечатлѣній, вызывающихъ душевную болѣзнь,—непріятнаго свойства. Можно даже ставить вопросъ, вызываются-ли душевныя болѣзни радостными чувствами. Несомнѣнно вызываются, но, правда, рѣдко, и почти всегда радостное впечатлѣніе вызываетъ душевную болѣзнь уже на подготовленной почвѣ. Подобно тому, какъ за непріятными впечатлѣніями бываютъ иногда болѣзни экспансивнаго характера, такъ за радостными впечатлѣніями бываютъ и меланхолическія состоянія: такъ, напр., бываютъ случаи, что дѣвушка, получивъ согласіе на

бракъ съ любимымъ человѣкомъ,—или отецъ семейства, получившій мѣсто, которое онъ давно желалъ,—заболѣваютъ меланхоліеи.

Вліяніе моральныхъ потрясеній, какъ быстро дѣйствующихъ, такъ и длительныхъ сводится, по всей вѣроятности, къ измѣненію кровеобращенія и зависящихъ отъ этого разстройствъ питанія мозга; очень вѣроятно, что продукты дѣятельности нервной системы при очень сильныхъ, или очень длительныхъ, часто повторяющихся эмоціяхъ не выдѣляются изъ организма съ должной правильностью задерживаются и отравляютъ нервные элементы коры и сосудодвигательныхъ центровъ Очень можетъ быть, что хотя и сильныя, но пріятныя впечатлѣнія оттого и рѣдко вызываютъ болѣзнь, что сопровождающія пріятныя эмоціи, расширеніе сосудовъ и ускоренное кровообращеніе способствуютъ быстрѣйшему удаленію отравляющихъ нервную систему продуктовъ дѣятельности.

Между причинами, дѣйствующими какъ моральное потрясеніе, слѣдуетъ отмѣтить вліяніе ***мистическихъ впечатлѣній.*** Сюда относятся какъ внезапныя воздѣйствія нѣкоторыхъ поражающихъ воображеніе событій, такъ и длительныя вліянія того же рода; сюда между прочимъ относится и то вредное дѣйствіе, которое оказываетъ на нѣкоторыхъ присутствіе на сеансахъ гипнотизма въ качествѣ зрителя или участника Въ громадномъ большинствѣ случаевъ эти причины дѣйствуютъ однако уже на лицъ, предрасположенныхъ къ заболѣванію

2. Къ причинамъ, вызывающимъ душевную болѣзнь путемъ (преимущественно) моральнаго вліянія, слѣдуетъ отнести **вліяніе тюремнаго заключенія**. У лицъ, находящихся въ тюрьмѣ, нерѣдко появляются душевныя болѣзни; по даннымъ, почерпнутымъ изъ отчетовъ нѣкоторыхъ государствъ Западной Европы около 5—6% изъ числа заключенныхъ въ тюрьмы заболѣваютъ психически—чаще всего въ ***первые полгода*** или въ ***первый годъ*** послѣ заключенія. Заболѣванія бываютъ въ тюрьмахъ общихъ и въ тюрьмахъ съ одиночнымъ заключеніемъ, по изслѣдованіямъ бельгійскаго врача Семаля, почти одинаково часто, но въ проявленіи болѣзни въ зависимости отъ способа заключенія бываетъ нерѣдко разница; такъ, у лицъ, находящихся въ одиночномъ заключеніи, болѣзнь чаще всего проявляется въ угнетеніи, тревогѣ, страхѣ, галлюцинаціяхъ слуха, безсонницѣ и спутанности; очень нерѣдко переходъ изъ одиночнаго заключенія въ общее быстро прекращаетъ развитіе психоза У лицъ, находящихся въ общихъ тюремныхъ помѣщеніяхъ, чаще развивается хроническій бредъ преслѣдованія, меланхолія и преждевременное слабоуміе. Иногда у арестантовъ бываютъ кратковременные взрывы гнѣвнаго буйства со спутанностью сознанія.

Само собою разумѣется, что не во всѣхъ случаяхъ психическаго заболѣванія, замѣчаемаго у арестантовъ, нужно винить тюрьму. Несомнѣнно, что часто въ тюрьму попадаютъ уже больные люди, совершившие преступленіе въ состояніи болѣзни; еще чаще бываютъ арестантами люди очень предрасположенные къ заболѣванію, которые могли бы заболѣть и внѣ тюремной обстановки; но, конечно, какъ моральное состояніе заключеннаго въ тюрьму, такъ и дурныя условія тюремной жизни способствуютъ проявленію скрытаго расположенія, а иногда и прямо вызываютъ болѣзнь.

3. Затѣмъ къ моральнымъ причинамъ, вызывающимъ душевныя болѣзни, должно быть отнесено **вліяніе примѣра**. Иногда душевная болѣзнь развивается подъ впечатлѣніемъ отъ психическаго разстройства у кого-нибудь изъ близкихъ или прямо отъ своеобразнаго „внушенія" лицомъ, заболѣвшимъ помѣшательствомъ, своего бреда другому лицу, живущему съ нимъ. Это такъ называемое **индуцированное помѣшательство**, или **folie à deux**. При этомъ бываетъ, напр., что жена высказываетъ совершенно тотъ же бредъ, какъ мужъ; дочь—тотъ же бредъ, какъ мать.

Иногда болѣзнь передается тремъ лицамъ (folie à trois), четыремъ (à quatre); были случаи, что цѣлыя семьи проявляли совершенно одинаковый бредъ; описанъ случай, гдѣ 13 членовъ одной семьи представляли однородныя идеи преслѣдованія. Дѣло бываетъ обыкновенно такъ: одинъ изъ членовъ семьи заболѣваетъ какой нибудь формой помѣшательства съ бредовыми идеями отравленія, преслѣдованія или идеями религіознаго содержанія. Другіе члены семьи воспринимаютъ этотъ бредъ какъ нѣчто совершенно вѣрное („Folie imposée" по терминологіи Marandon de Montyel'я). Въ такихъ случаяхъ, даже и при значительной продолжительности бреда разъединеніе членовъ семьи, удаленіе ихъ отъ первоисточника бреда обыкновенно излѣчиваетъ остальныхъ Въ другихъ случаяхъ дѣло бываетъ иначе: одинъ больной внушаетъ другому, тоже представляющему уже нѣкоторые признаки душевной болѣзни, свои бредовыя идеи (folie communiquée); это наблюдается иногда въ больницахъ для душевно-больныхъ, гдѣ одинъ больной перенимаетъ бредъ отъ другого; воспринявшій больной иной разъ даетъ бредовымъ идеямъ дальнѣйшее развитіе. Наконецъ, въ третьихъ случаяхъ бываетъ, что болѣзнь у нѣсколькихъ членовъ семьи или у живущихъ вмѣстѣ, развилась одновременно отъ одной общей причины (folie simultanée): въ послѣднихъ случаяхъ иногда очень трудно опредѣлить вліяніе собственно примѣра.

Индуцированное помѣшательство обхватываетъ иногда цѣлыя группы

лицъ, не родственныхъ между собою, но живущихъ при одинаковыхъ условіяхъ.

Одинъ примѣръ такого рода, наблюдавшійся въ Новогрудскомъ уѣздѣ, приводитъ д-ръ Липмановъ.

Пелагея В., 30 лѣтъ, незамужняя, отличалась всегда крайней набожностью, удалялась отъ веселья, игръ, пирушекъ, посвящала все время молитвѣ и даже на работѣ пѣла духовныя пѣсни. Не будучи грамотной, она быстро усваивала молитвы; любила ходить на богомолье, разсказывала подругамъ о благочестивой жизни и упрекала ихъ за „безбожную“ жизнь. Она говорила также, что одинъ разъ ей являлась Богоматерь, приказала ей остаться дѣвою, почему она и рѣшилась поступить въ монахини. Началось усердное моленіе, которое и продолжалось всю ночь и половину слѣдующаго дня; одна дѣвушка читала молитвы, другія слушали. Пелагея лежала на кровати и нѣсколько разъ повторяла; „завтра къ полудню я должна умереть“. На другой день, по окончаніи молитвы, всѣ вышли изъ комнаты, на дворъ. Пелагея упала на землю и заявила, что должна отдохнуть, чтобы сдѣлать пѣшкомъ длинный путь; потомъ встала и пошла. Ее отправились провожать много женщинъ. Дойдя до кладбища, всѣ онѣ остановились, и тутъ началось опять моленіе, причемъ Пелагея была въ сильномъ возбужденіи. Распустивъ волосы, она въ изступленіи бѣгала отъ одного гроба къ другому, громко молилась, цѣловала руки и ноги своимъ подругамъ, называя себя великой грѣшницей и приказывала себя бить. Когда же подруги отказались это дѣлать, она сама начала ихъ бить чѣмъ попало. Помолившись нѣкоторое время на кладбищѣ, многія ушли домой, девять-же изъ присутствующихъ рѣшили проводить Пелагею дальше. Пелагея шла впереди съ распущенными волосами, громко молясь и повторяя: „Господи, явися намъ“; остальныя шли съ нею, повторяя слово въ слово ея молитвы. Дойдя до креста на распутьѣ, Пелагея остановилась; стали и всѣ остальныя. Опять началось возбужденное моленье. Пелагея въ изступленіи обнимала крестъ и цѣловала его. Всѣ остальныя во всемъ ей подражали. Когда наступилъ вечеръ, Пелагея приказала всѣмъ лечь спать у креста, что всѣ немедленно и исполнили. Проспавъ всю ночь, онѣ на слѣдующее утро отправились дальше съ громкими молитвами. Пелагея часто произносила: „я—царица небесная“. Когда случайно проходившій крестьянинъ сосѣдней деревни спросилъ ихъ, что онѣ тутъ дѣлаютъ, то Пелагея, а за нею и всѣ остальныя закричали на него: „отхилися сатана“ и стали грозить ему камнями. На дальнѣйшемъ пути онѣ встрѣтили еще одного человѣка, прикащика сосѣдняго помѣщика. На вопросъ его, что онѣ дѣлаютъ и куда идутъ, Пелагея приказала всѣмъ раздѣться донага, что всѣ безпрекословно и исполнили. Когда прикащикъ ушелъ, Пелагея велѣла всѣмъ лечь голыми на землю рядомъ и стала плясать по ихъ спинамъ, попеременно ударяя ногой то одну, то другую. Вскорѣ на мѣсто пляски прибылъ деревенскій староста, который, видя что увѣщаніями и совѣтами вернуться въ деревню ничего не подѣлаешь, распорядился отправить всѣхъ десятерыхъ на телѣгахъ въ деревню. Когда онъ хотѣлъ размѣстить ихъ въ телѣги, по двѣ въ каждую, то всѣ закричали, что пусть возьмутъ только Пелагею, а онѣ ужъ пойдутъ за нею, куда бы ее не повели. Такъ и было сдѣлано. На одну телѣгу положили Пелагею, съ нею добровольно сѣли еще двѣ, а остальныя пошли за телѣгой. Во время переѣзда

Пелагея сильно буйствовала, отдавая своимъ спутницамъ разныя приказанія: разорвать на себѣ все платье до рубашки включительно, грызть одна другую. Все это было ими выполняемо. Въ деревню ихъ доставили голыми. Пелагея оказалась страдающею душевнымъ разстройствомъ съ религіознымъ содержаніемъ бредовыхъ идей. Что же касается до остальныхъ 9, то онѣ не представляли никакихъ признаковъ физической или психической болѣзни; не удалось даже найти признаковъ нейропатическаго предрасположенія и наслѣдственности. По возрасту были различны: одна 13 лѣтъ, три 16—17 лѣтъ, три 18—20 лѣтъ, двѣ--50 лѣтъ, одна только грамотная, всѣ неграмотны. Изъ ихъ разсказовъ видно, что онѣ всѣ относились къ Пелагеѣ съ благоговѣніемъ, считали ее неизмѣримо выше себя, даже и святою. Онѣ вѣрили, что она можетъ знать все, между прочимъ „часъ своей смерти". „Уже послѣ молитвы на кладбищѣ" говорили всѣ девять, „насъ влекла за ней какая-то сила; мы ничего не чувствовали, ни о чемъ не думали, на душѣ было такъ легко и намъ хотѣлось только идти за ней и все дѣлать, что она дѣлаетъ". На вопросъ, какъ имъ не стыдно было раздѣваться до-гола передъ мужчинами, онѣ отвѣтили, что онѣ тогда объ этомъ не думали; имъ хотѣлось только исполнить ея приказанія, онѣ боялись ея, хотя ихъ было и больше: онѣ пошли бы въ огонь, убили бы кого-нибудь, если бы того пожелала Пелагея. Подробностей всего происшествія онѣ не помнятъ. Когда Пелагея прыгала по ихъ спинамъ, онѣ боли не чувствовали: не чувствовали, и когда грызли другъ друга. Опомнились только тогда, когда приблизились къ деревнѣ, когда къ нимъ вышли ихъ родители и знакомые; имъ стало стыдно за прошлое и желая избѣгнуть людскихъ взоровъ, они окольными путями прошли въ деревню" (Врачъ, 1896, № 37).

Этотъ примѣръ указываетъ, какъ иногда внезапно подъ вліяніемъ примѣра, какъ бы подъ вліяніемъ заразы, развивается особое состояніе психическаго автоматизма съ крайней односторонностью душевнаго содержанія и совершенно безсмысленными поступками. Иной разъ такія состоянія бываютъ кратковременны, иной разъ довольно долго. Такимъ образомъ появляются цѣлыя психопатическія эпидеміи въ школахъ, на фабрикахъ, въ цѣлыхъ селеніяхъ и округахъ. Между чисто психопатическими эпидеміями и эпидеміями „психическими", основанными на свойственныхъ и нормальному человѣку инстинктѣ подражанія и способности приходить въ состояніе психическаго автоматизма, существуютъ незамѣтные переходы, точно также какъ между этими послѣдними (т. е. психическими эпидеміями) и массовыми заблужденіями, обусловленными частью суевѣріемъ, возбужденнымъ мистическимъ чувствомъ, частью же соціально-экономическими условіями; эти массовыя заблужденія часто проявляются въ образованіи своеобразныхъ сектъ, какъ, напр., въ родѣ описанной профессоромъ И. А. Сикорскимъ „малеванщина", а иногда влекутъ за собою такія страшныя явленія, какъ прижизненное замуравливаніе по собственному желанію цѣлой группы фанатиковъ въ Терновскихъ хуторахъ.

Просвѣщеніе народа составляетъ одно изъ наиболѣе дѣйствительныхъ средствъ противъ такого рода психическихъ эпидемій. Однако нельзя сказать, чтобы и люди принадлежащіе къ интеллигентнымъ классамъ были свободны отъ нихъ; мы встрѣчаемъ примѣры такого рода довольно часто какъ въ образованіи нѣкоторыхъ своеобразныхъ сектъ, такъ и въ другихъ явленіяхъ. Особенно часто приходится видѣть вліяніе примѣра въ случаяхъ самоубійства. Извѣстно, что въ Парижѣ пришлось прекратить доступъ въ одну нишу, гдѣ одинъ за другимъ кончали съ собою обитатели Дома Инвалидовъ; нерѣдко приходится читать описаніе случаевъ самоубійства цѣлыми семьями. Д-ръ И. В. Константиновскій описалъ случай семейнаго самоубійства пяти сестеръ, изъ которыхъ нѣкоторыя были еще очень молоды. Я лично знаю примѣръ, что изъ числа 12 или 14 человѣкъ одного выпуска гимназіи, въ ближайшее къ выпуску, и притомъ въ самое лучшее время жизни, покончили самоубійствомъ пять человѣкъ,—и трудно было найти иную причину, какъ вліяніе примѣра одного, наиболѣе талантливаго изъ всѣхъ — Нерѣдко приходится отмѣчать, что послѣ прочтенія въ газетахъ описанія самоубійства — которое впрочемъ теперь въ интересахъ общественной гигіены не дѣлается—кто-нибудь покончитъ съ собою именно такимъ же образомъ.

Чтобы закончить рѣчь объ этіологическомъ значеніи примѣра я долженъ напомнить, что въ происхожденіи „меряченья“ (или „лата“ у жителей Зондскаго Архипелага) подражаніе является частью симптомомъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и поводомъ болѣзни.

4. **Утомленіе** какъ умственное, такъ и физическое можетъ быть причиной душевнаго заболѣванія. Чрезмѣрное напряженіе физическихъ силъ, напр., во время тяжелыхъ походовъ, нерѣдко является поводомъ психическихъ разстройствъ! Иной разъ необыкновенно сильное тѣлесное напряженіе сразу вызываетъ приступъ психическаго разстройства въ формѣ кратковременной спутанности или психической прострацій, за которою слѣдуетъ иногда ретроградная амнезія; это наблюдается между прочимъ у гонщиковъ при велосипедныхъ состязаніяхъ на большія разстоянія. Очень можетъ быть, что въ этихъ случаяхъ причиною болѣзни бываетъ отравленіе нервной системы скопившимися въ большомъ количествѣ продуктами утомленія. Конечно, сравнительно еще чаще въ числѣ причинъ душевныхъ болѣзней фигурируетъ переутомленіе умственное. Какъ извѣстно, всякая умственная работа соединена съ измѣненіемъ въ кровообращеніи и питаніи: сердцебіеніе учащается, измѣняется дыханіе и потребленіе кислорода, является усиленный приливъ крови къ головному мозгу, измѣняются органическіе, химическіе

процессы, въ результатѣ чего происходитъ измѣненіе въ составѣ выдѣляемой мочи. Въ результатѣ умственной работы является, вѣроятно, избытокъ продуктовъ дѣятельности тканей, которые задерживаются въ организмѣ и вызываютъ состояніе утомленія, какъ выражающееся въ ощущеніи общей усталости и слабости, такъ и отражающееся на качествѣ умственнаго труда: вниманіе становится слабѣе, умственныя сочетанія происходятъ медленнѣе и не съ такою точностью. При сильномъ утомленіи является непреодолимая потребность въ отдыхѣ и снѣ. Во время сна, продукты усиленной дѣятельности выдѣляются изъ организма и, проснувшись, человѣкъ здоровый становится опять способенъ къ работѣ. Но если работа не по силамъ, на нее тратятся ночи, такъ что сна недостаточна для освѣженія, или человѣкъ нездоровый, то продукты усиленной нервной дѣятельности не удаляются съ достаточной правильностью и, задерживаясь въ организмѣ, вызываютъ отравляющее вліяніе на нервную систему; тогда уже работа не вызываетъ естественнаго сна, а, напротивъ, сопровождается безсонницей, является рядъ болѣзненныхъ ощущеній—общая слабость, тяжесть въ головѣ, сердцебіеніе и—рядомъ съ этимъ разсѣянность, неспособность сосредоточиться, неспособность послѣдовательно слѣдить за ходомъ мысли; мысль, фразы—обрываются на половинѣ, малѣйшаго впечатлѣнія достаточно, чтобы отклонить мысль отъ ея нити, факты плохо запоминаются и вспоминаются, является нерѣшительность, неспособность доводить дѣло до конца; все кажется труднымъ, тяжелымъ, не хочется ни къ чему приступать, нападаетъ робость, страхъ, чувствуется немощность, отсутствіе энергіи. Часто среди дѣла наступаетъ сонливость, а ночью нѣтъ сна.—Таковы признаки чрезмѣрнаго утомленія мозга — умственнаго переутомленія. Если здоровый человѣкъ дастъ себѣ продолжительный отдыхъ, то организмъ возстановляется, но если уже есть какая-нибудь болѣзнь, или человѣкъ будетъ пересиливать себя, то на этой почвѣ можетъ возникнуть и настоящая душевная болѣзнь—въ той или другой формѣ,—чаще всего въ формѣ тяжелой неврастеніи, ипохондріи или спутанности, или, при существованіи другихъ причинъ, напр., сифилиса,—прогрессивный параличъ помѣшанныхъ.

Само собою разумѣется, что различные люди представляютъ очень большую разницу въ отношеніи работоспособности; одни могутъ работать умственно не болѣе 4—6 часовъ въ сутки, другіе гораздо болѣе; одни нуждаются въ 8 часовомъ снѣ, другіе ограничиваются 6-ю часами; въ этомъ отношеніи нельзя поставить точныхъ цифръ; но при всякой даже чрезвычайной работоспособности можетъ, наконецъ, наступить граница выносливости. Что касается качества работы, то

волнующая умственная работа, напр., публицистическая, общественная— болѣе утомляетъ, чѣмъ болѣе спокойная, ученая; крайне однообразная работа, требующая притомъ сосредоточенія вниманія, какъ, напр., бухгалтерская, принадлежитъ къ числу наиболѣе утомительныхъ. При смѣнѣ направленія умственной работы утомленіе не такъ легко вызывается, также какъ при ея методичности, строгомъ распредѣленіи по часамъ.

5. **Неправильности въ половыхъ отправленіяхъ** тоже вызываютъ душевныя заболѣванія. Сюда прежде всего нужно отнести онанизмъ (masturbatio), который часто констатируется въ анамнезѣ душевно-больныхъ. Нужно, впрочемъ, прибавить, что значеніе этой причины большею частью переоцѣнивается и врачами, и самими больными. Онанизмъ вообще встрѣчается очень часто у лицъ, которые не заболѣваютъ психически, и чаще всего онъ не составляетъ причины душевнаго заболѣванія, а самъ составляетъ симптомъ, свидѣтельствующій о невропатической конституціи субъекта и о зависящемъ отъ этого преждевременномъ развитіи половыхъ влеченій или даже о рѣзко выраженной душевной болѣзни. Но, конечно, бываютъ случаи, гдѣ дѣти и юноши предаются онанизму безъ всякой мѣры, и гдѣ онъ поэтому является дѣйствительной причиной душевнаго заболѣванія. Вызывая чрезвычайное раздраженіе и истощеніе нервной системы, онъ становится поводомъ для развитія спинальной и церебральной неврастеніи, рядомъ съ чимъ является чувство апатіи, вялости, отсутствія энергіи, непріятное ипохондрическое настроеніе, недовольство собой и наконецъ, бредовыя идеи самообвиненія, преслѣдованія, или религіознаго и ипохондрическаго содержанія. Иногда на этой почвѣ развивается и состояніе спутанности съ галлюцинаціями зрительными, слуховыми и обонятельными и преждевременное слабоуміе. Слѣдуетъ прибавить, что ипохондрическое состояніе при онанизмѣ часто обусловливается тѣмъ душевнымъ разладомъ и упреками совѣсти, которыми сопровождается у большинства актъ мастурбаціи, а также чтеніемъ вредныхъ популярныхъ книгъ, въ которыхъ описываются въ ужасномъ видѣ послѣдствія „порока юности“.

У мужчинъ мастурбація встрѣчается чаще, какъ причина болѣзни, но она бываетъ также и у женщинъ, и дѣвушекъ.

Встрѣчаясь съ фактомъ онанизма у душевно-больныхъ, нужно всегда помнить однако, что иногда необыкновенно сильный почти безстыдный онанизмъ является не причиною, а слѣдствіемъ душевной болѣзни.

Нужно прибавить, что такое же вредное вліяніе, какъ собственно рукоблудіе, т. е. механическій онанизмъ, можетъ имѣть и онанизмъ психическій, т. е. вызываніе полового возбужденія, эрекціи и послѣ-

дующей эякуляціи при помощи воображенія, но и тутъ часто самое обращеніе къ этому способу половаго удовлетворенія указываетъ на существованіе патологической неуравновѣшенности и даже прямо полового извращенія (половой фетишизмъ).

Другія уклоненія въ половой дѣятельности, бывающія причинами душевной болѣзни, таковы:

Уклоненія количественныя. Чаще всего въ качествѣ поводовъ къ заболѣваніямъ отмѣчается злоупотребленіе половыми отношеніями. Точной мѣры допустимыхъ въ количественномъ отношеніи половыхъ отношеній нельзя установить; много зависитъ отъ индивидуальности лица, темперамента, общихъ силъ, возраста, склада жизни и занятій; что для одного является потребностью, безъ которой онъ чувствуетъ себя не по себѣ, то для другого есть вредный излишекъ. Въ общемъ для людей умственнаго труда очень частыя половыя отношенія вреднѣе, чѣмъ для лицъ, занимающихся не умственной работой. Неблагопріятно дѣйствуетъ на здоровье также сожительство лицъ совершенно различныхъ темпераментовъ. Что касается до вопроса, насколько недостаточное удовлетвореніе половыхъ влеченій можетъ вызывать душевную болѣзнь,—то тутъ прежде всего слѣдуетъ признать несомнѣннымъ, что половое воздержаніе у очень многихъ людей нисколько не отражается на ихъ здоровьѣ. Поэтому я считаю за легкомысленные и вредные совѣты, даваемые иногда молодымъ людямъ, по возможности раньше начинать половую жизнь. Правда, нельзя отрицать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ неудовлетвореніе сильнаго полового влеченія, вынужденное цѣломудріе можетъ вызывать рѣзкія нервныя явленія, но въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно дѣло идетъ о сложномъ явленіи, гдѣ половое влеченіе связано съ любовью къ опредѣленной личности, гдѣ производится чрезмѣрное раздраженіе полового аппарата неудовлетворяющими свиданіями, мечтами и гдѣ существуетъ рядъ другихъ неблагопріятныхъ условій. Вообще же люди занятые дѣломъ,—какъ женщины, такъ и мужчины, при благопріятныхъ условіяхъ, при отсутствіи дурного вліянія примѣра и разговоровъ со стороны окружающихъ, легко переносятъ половое воздержаніе и могутъ подолгу не испытывать половыхъ влеченій.

Считая такимъ образомъ вообще ложнымъ существующее у многихъ мнѣніе, что для правильнаго физическаго и душевнаго здоровья необходима половая жизнь, я тѣмъ не менѣе долженъ отмѣтить, что нѣсколько разъ мнѣ приходилось наблюдать, что въ случаяхъ, въ которыхъ, по моему убѣжденію, не должны бы были быть допускаемы половыя отношенія, напр., въ случаѣ затянувшагося душевнаго разстройства,

и гдѣ, вопреки мнѣнію врачей, все таки совершался бракъ, — съ этой перемѣной обстановки совпадало и улучшеніе въ состояніи здоровья, а иногда наступало и выздоровленіе. Однако такіе случаи очень рѣдки; несравненно чаще бываетъ, что браки при такихъ обстоятельствахъ кончаются крайне печально (да они и по нашимъ законамъ недѣйствительны).

Проф. В. Ф. Чижъ держится иного взгляда, чѣмъ я, на значеніе отсутствія половыхъ сношеній въ извѣстномъ возрастѣ. Онъ полагаетъ, что въ немъ именно лежитъ причина развитія болѣзни, извѣстной подъ названіемъ кататоніи и встрѣчающейся у молодыхъ людей; по его мнѣнію, болѣзнь эта обусловливается задержаніемъ въ организмѣ и самоотравленіемъ тѣми продуктами, которые остаются въ организмѣ при отсутствіи полового удовлетворенія. Я полагаю однако, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ у людей, которые сравнительно мало думаютъ о половыхъ влеченіяхъ и которые не испытываютъ мучительной борьбы съ ними, происходитъ естественное выведеніе соотвѣтствующихъ продуктовъ, напр., путемъ поллюцій.

Несомнѣнно однако, что довольно большую роль въ происхожденіи нервности, истеріи, ипохондріи и взрывовъ душевнаго разстройства играетъ слишкомъ большая половая близость мущины и женщины, не кончающаяся удовлетвореніемъ, а только возбуждающая. Этимъ объясняется тотъ вредъ, который является при продолжительномъ жениховствѣ, когда при извѣстной распущенности допускаются не только поцѣлуи, но и страстныя объятія или даже почти все за исключеніемъ правильнаго сношенія. Въ этихъ случаяхъ играетъ роль, впрочемъ, уже не только недостатокъ половыхъ сношеній, но и ненормальное половое возбужденіе.

Гораздо чаще, чѣмъ количественныя уклоненія, въ качествѣ причинъ душевныхъ болѣзней имѣютъ разныя **неправильности въ совершеніи полового акта**. Многія изъ этихъ неправильностей составляютъ проявленія изощреннаго разврата, другія же обусловливаются нежеланіемъ имѣть дѣтей; бóльшая часть пріемовъ, употребляемыхъ для этого (какъ употребленіе презервативовъ, coitus reservatus или interruptus), вызываютъ рядъ нервныхъ разстройствъ какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ. В. Ф. Чижъ изъ своихъ наблюденій вывелъ заключеніе объ особенно вредномъ значеніи недоконченнаго совокупленія, которое является причиной цѣлаго ряда неврастеническихъ разстройствъ, соединенныхъ съ патологической боязнью, проходящеи при возстановленіи правильной половой жизни.

Половое насиліе является часто причиной душевнаго разстрой-

ства; тутъ дѣйствуетъ однако и сильное моральное потрясеніе. По мнѣнію Фрейда, въ основѣ всѣхъ случаевъ упорной истеріи лежитъ какое нибудь впечатлѣніе полового насилія фактическое или заимствованное изъ разсказа и чтенія, можетъ быть, возникшаго еще въ періодъ ранняго дѣтства.

6. Къ причинамъ душевныхъ болѣзней нужно отнести также голодъ и жажду. Послѣдняя особенно быстро вызываетъ тяжелое душевное состояніе, сопровождающееся иногда спутанностью, иногда галлюцинаціями и буйствомъ. Такого рода случаи приходится наблюдать у потерпѣвшихъ крушеніе на морѣ и у странствующихъ въ пустыняхъ. Голодъ вызываетъ общее истощеніе и соотвѣтствующія психическія явленія, не говоря уже о томъ, что голодъ можетъ быть причиной распространенія тифа и другихъ болѣзней, въ свою очередь могущихъ вызвать душевную болѣзнь. Нужно замѣтить, что подъ вліяніемъ голоданія въ нервной системѣ происходятъ иногда измѣненія, сходныя съ отравленіемъ; но вообще нервныя клѣтки мозговой коры довольно устойчивы противъ голоданія

7. **Неправильный образъ жизни** является очень часто условіемъ развитія душевныхъ заболѣваній. При оцѣнкѣ этого фактора приходится соединять въ одно вліяніе цѣлый рядъ факторовъ; какъ то: неправильное распредѣленіе работы и отдыха, или полное отсутствіе работы и животворныхъ интересовъ, бездѣлье, или обремененіе обиліемъ удовольствій и впечатлѣній, или, наоборотъ, скука, отсутствіе всякихъ впечатлѣній,— безсонныя ночи или слишкомъ долгое лежаніе въ постели, неправильная ѣда, эксцессы разнаго рода и между прочимъ in Baccho et Venere. Всѣ эти факторы, взятые по нѣскольку вмѣстѣ, могутъ вызвать и особенное измѣненіе всего строя душевной жизни, располагающее къ заболѣванію, а также и быть непосредственнымъ поводомъ къ психозу при дѣйствіи еще какой-нибудь причины, напр., сифилиса, моральнаго потрясенія.

8. **Физическіе факторы: температура, свѣтъ, чрезмѣрный шумъ и электричество.** Подъ вліяніемъ сильнаго жара развивается иногда состояніе возбужденія или глубокаго подавленія. Это приходится наблюдать у лицъ, занимающихся профессіями кочегаровъ или работающихъ на металлургическихъ заводахъ. Во время сильныхъ лѣтнихъ жаровъ бываютъ случаи душевнаго разстройства въ зависимости частью отъ жары, частью отъ „солнечнаго удара“, вліяніе котораго можетъ быть относимо до извѣстной степени къ дѣйствію „химическихъ“ лучей солнца; признаки которыми выражаются таковыя разстройства состоятъ иногда въ затемнѣніи сознанія, иногда же въ затрудненіи мышленія, несообразительности, ненаходчивости, несвободѣ рѣчи, неловкости движеній,

иногда въ припадкахъ судорогъ и состояніяхъ возбужденія. Мы уже говорили, что во время удушливыхъ лѣтнихъ жаровъ многіе больные чувствуютъ себя хуже.

Чрезмѣрный холодъ дѣйствуетъ также, вызывая измѣненія психической дѣятельности; наблюдались случаи ступора послѣ продолжительнаго пребыванія на сильномъ морозѣ; во время похода Наполеона въ Россію отмѣчены случаи маніакальнаго возбужденія у замерзавшихъ солдатъ „великой арміи".

Повидимому, такое вліяніе высокой и низкой температуры сводится къ измѣненію кровообращенія, приливу крови къ головѣ, къ разстройству обмѣна и задержкѣ продуктовъ неправильнаго метаморфоза.

Вліяніе собственно свѣта на душевное состояніе мало изучено. Въ послѣднее время сообщаютъ о фактахъ, указывающихъ, что сильный электрическій свѣтъ и вліяніе лучей Рентгена не безразличны для питанія нѣкоторыхъ частей человѣческаго организма, и нельзя отрицать возможности вліянія ихъ и на нервную систему. Что свѣтъ вліяетъ на настроеніе, это довольно хорошо извѣстно; связываютъ съ вліяніемъ свѣта и разницу въ экспансивности южныхъ и сѣверныхъ народовъ; вліяніемъ свѣта объясняютъ и усиленіе въ періодъ отъ мая до августа всѣхъ явленій какъ жизни, такъ и такихъ ненормальностей со стороны психической сферы, какъ количество преступленій, бо́льшее количество заболѣваній душевными болѣзнями, бо́льшее проявленіе алкоголизма. Были указанія на то, что различные цвѣта различно вліяютъ на больныхъ: фіолетовый вызываетъ успокоеніе, красный возбуждаетъ. Поэтому по совѣту д-ра Понца пробовали лѣченіе больныхъ помѣщеніемъ ихъ въ цвѣтныя комнаты, но безъ достаточно убѣдительнаго результата.

Вліяніе сильнаго шума на душевную сферу доказывается между прочимъ тѣмъ, что внезапный очень громкій звукъ можетъ вызвать у нервныхъ субъектовъ оцѣпенѣніе (мѣры искусственнаго гипноза Шарко); многіе люди не выносятъ шума морского прибоя, дѣлаются нервными, раздражительными, лишаются сна. Шумъ отъ ѣзды по плохимъ мостовымъ вѣроятно играетъ значительную роль въ числѣ факторовъ, ухудшающихъ нервную систему горожанъ.

Вліяніе электричества на душевныя заболѣванія также мало изучено. Несомнѣнно, что при пораженіи молніей развиваются явленія истеріи и травматическаго невроза, но есть ли это дѣйствіе электричества или душевнаго потрясенія,— трудно рѣшить. Во время грозы и передъ нею многіе больные чувствуютъ себя дурно; возмущенія земного магнетизма вліяютъ на частоту появленія припадковъ эпилепсіи.

10. **Травмы** играютъ важную роль между причинами душевныхъ болѣзней. Изъ нихъ на первомъ планѣ стоятъ травмы головы. Онѣ могутъ вызывать или сразу очень рѣзкія психическія разстройства, такъ какъ травма можетъ сопровождаться переломомъ костей черепа, сотрясеніемъ мозга, сдавленіемъ его, менингитомъ, энцефалитомъ; или онѣ вызываютъ особыя длительныя конституціональныя разстройства со стороны психической сферы, — сначала едва замѣтныя, выражающіяся въ измѣненіи характера, въ появленіи припадковъ болѣзненной вспыльчивости и другихъ болѣе или менѣе рѣзкихъ признаковъ неуравновѣшенности, къ которымъ только черезъ долгое время присоединяются симптомы рѣзко выраженнаго психоза. Обо всѣхъ психозахъ травматическаго происхожденія мы будемъ говорить еще въ частной психіатріи, прибавлю, что вліяніе травмъ на головной мозгъ обусловливается, какъ видно изъ опытовъ Дюре, и чрезвычайно рѣзкимъ колебаніемъ церебро-спинальной жидкости, отражающимся на растяженіи периваскулярныхъ пространствъ и черезъ это на питаніи нервныхъ элементовъ коры.

Кромѣ травмъ головы психическое разстройство можетъ быть вызвано также и поврежденіемъ другихъ частей тѣла. Таковы, напр., психозы, являющіеся послѣ желѣзнодорожныхъ крушеній („травматическій неврозъ"). Хотя несомнѣнно, что здѣсь играетъ роль и физическое поврежденіе, но иной разъ оно такъ незначительно, что нужно считать имѣющимъ наибольшее значеніе вліяніе испуга и моральнаго потрясенія, и чѣмъ болѣе участвуетъ вліяніе моральнаго фактора, тѣмъ болѣе данное заболѣваніе приближается къ разновидностямъ истеріи или тяжелой неврастеніи.

Точно также нельзя объяснить вліяніемъ одной травмы развитіе психозовъ послѣ хирургическихъ операцій. Послѣ операцій нерѣдко бываютъ душевныя разстройства, иной разъ въ формѣ кратковременныхъ приступовъ возбужденія, бреда и спутанности, иной разъ въ формѣ довольно длительныхъ психозовъ и даже конституціональныхъ измѣненій. Послѣднее бываетъ, напр., послѣ удаленія щитовидной железы, послѣ кастраціи, удаленія матки и яичниковъ. Но въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ условія происхожденія психическаго разстройства различны: иногда вліяетъ удаленіе изъ организма важнаго для экономіи органа, какъ щитовидной железы, почки, иногда дѣйствуетъ моральное потрясеніе, иногда хлороформированіе или кокаинизированіе и отравленіе перевязочными матеріалами (іодоформъ), иногда операція является лишь поводомъ для обнаруженія конституціональной болѣзни (алкоголизма, какъ, напр., въ случаяхъ бѣлой горячки послѣ операцій

или истощенія, какъ въ случаяхъ проявленія бреда у стариковъ послѣ операцій катаракты); иногда психическія разстройства являются выраженіемъ аутоинтоксикаціи продуктами гнойнаго распада или септицеміи (полиневритическій психозъ и психическая церебропатія послѣ операцій); иногда же результатомъ рефлекторнаго раздраженія нервной системы вслѣдствіе сильной боли (психозы послѣ вырыванія зубовъ, при раздраженіи нервныхъ стволовъ рубцовой тканью). Словомъ понятіе послѣопераціоннаго психоза есть понятіе очень сложное и собственно травма играетъ въ происхожденіи ихъ роль лишь въ небольшомъ числѣ случаевъ.

Близко къ травматическимъ поврежденіямъ стоитъ значеніе такихъ причинъ, какъ лишеніе воздуха путемъ задушенія и утопленія. У лицъ, спасенныхъ отъ повѣшенія, или у утонавшихъ нерѣдко наблюдаются разстройства психической дѣятельности, выражающіяся или въ развитіи неврастеніи съ ипохондрическими и меланхолическими проявленіями, какъ при травматическомъ неврозѣ, или въ видѣ своеобразнаго разстройства памяти и вниманія. Часто такого рода лица совершенно теряютъ память о событіяхъ, предшествовавшихъ утопленію или повѣшенію (ретроградная амнезія), и нѣкоторое время, придя въ себя, представляются какъ бы оглушенными. Такое же дѣйствіе вызываетъ иногда и травма головы, напр., при паденіи съ лошади. Съ другой стороны утонавшіе иногда, отмѣчали у себя чрезвычайно рѣзкое обостреніе памяти передъ потерей сознанія, и собственно травма въ происхожденіи ихъ играетъ роль лишь въ небольшомъ числѣ случаевъ.

11. **Введеніе ядовъ** въ организмъ составляетъ одинъ изъ важнѣйшихъ факторовъ въ этіологіи душевныхъ болѣзней. Самую главную роль среди отравленій, вызывающихъ душевныя разстройства, играетъ *отравленіе алкоголемъ*, какъ острое, такъ особенно длительное, хроническое. Значеніе алкоголя въ этіологіи душевныхъ болѣзней такъ велико, психозы, вызываемые имъ, такъ своеобразны, что они описываются совершенно отдѣльно, составляя особую группу алкогольныхъ психозовъ, о которыхъ мы будемъ говорить впослѣдствіи. Здѣсь же слѣдуетъ сказать, что злоупотребленіе спиртными напитками, пьянство, какъ причина душевной болѣзни, отмѣчается въ очень большомъ числѣ случаевъ. По отчетамъ нѣкоторыхъ больницъ — даже чаще, чѣмъ наслѣдственность.

Въ Московской психіатрической клиникѣ за пять лѣтъ изъ числа 238 мужчинъ у 47, слѣдовательно почти въ 20%, было алкогольное помѣшательство, алкоголь игралъ роль главной производящей причины сюда еще не вошли тѣ случаи, гдѣ алкоголь, хотя и составлялъ одну

изъ причинъ болѣзни, но не самую главную. У женщинъ алкогольные психозы бываютъ значительно рѣже; по даннымъ нашей клиники всего въ 2% случаевъ, т. е. въ 10 разъ рѣже, чѣмъ у мужчинъ. Психозы вслѣдствіе алкоголя бываютъ чаще всего вслѣдствіе пьянства, т. е. употребленія спиртныхъ напитковъ; но иной разъ они развиваются и отъ вдыханія паровъ алкоголя, какъ, напр., у рабочихъ на винныхъ заводахъ и винныхъ складахъ. Что касается до качества спиртныхъ напитковъ, вызывающихъ душевныя болѣзни, то чѣмъ крѣпче напитокъ, тѣмъ въ общемъ онъ опаснѣе, поэтому водка опаснѣе виноградного вина, крѣпкія вина опаснѣе слабыхъ; но и напитки, содержащіе мало спирту, какъ пиво, очень вредны, если они потребляются въ большихъ количествахъ. Кромѣ того играетъ большую роль чистота алкоголя; дурная водка, содержащая сивушное масло, скорѣе вызываетъ болѣзненное отравленіе; также вліяетъ дурно подмѣшиваніе къ водкѣ эссенцій, напр., полынной, благодаря чему вызывается особенная форма хроническаго алкоголизма, съ частыми эпилептическими припадками (абсентизмъ). Нужно отмѣтить, что злоупотребленіе спиртными напитками не только ведетъ за собою психическое разстройство у самого пьяницы, но оно отражается и на потомствѣ, вызывая въ потомствѣ наклонность къ душевнымъ болѣзнямъ и тяжелыя формы вырожденія. По даннымъ нашей клиники изъ 238 больныхъ мужчинъ у 50 (21%) было отмѣчено пьянство въ восходящемъ поколѣніи.

Кромѣ алкоголя вызываютъ психическое разстройство и цѣлый рядъ другихъ ядовъ. Многіе изъ нихъ вызываютъ психическія измѣненія уже при единичномъ введеніи яда, какъ, напр., атропинъ, другіе же вызываютъ душевныя измѣненія только при хроническомъ отравленіи, какъ, напр., свинецъ; наконецъ третьи, подобно алкоголю, вліяютъ и при единичномъ введеніи и при длительномъ употребленіи.

Кромѣ алкоголя, о главнѣйшихъ изъ ядовъ, вызывающихъ психическія измѣненія, нужно отмѣтить слѣдующее: а) одни изъ нихъ являются причиною душевныхъ болѣзней, служа привычными возбудителями для нервной системы нѣкоторыхъ людей, имѣющихъ къ нимъ непреодолимую склонность. Сюда относится прежде всего опій и морфій, и индійская конопля (гашишъ). Хотя эти яды могутъ измѣнять психическую дѣятельность и при единичномъ употребленіи въ большихъ дозахъ, но главное ихъ значеніе въ психіатріи сводится на хроническое отравленіе: вслѣдствіе привычки и непреодолимой потребности нѣкоторыя лица употребляютъ долгое время большія дозы опія и морфія (per os или впрыскивая подъ кожу), чѣмъ вызываютъ у себя глу-

бокія конституціональныя разстройства, о которыхъ мы будемъ говорить подробно въ частной психіатріи (опіофагизмъ и морфинизмъ).

Такого же рода привычка бываетъ къ употребленію эфира, кокаина, хлоралъ-гидрата, паралдегида, сульфонала и другихъ наркотическихъ средствъ. Всѣ эти средства вызываютъ также конституціональныя измѣненія. Кокаинъ въ большихъ дозахъ, а также эфиръ вызываютъ рѣзкое скоропреходящее психическое разстройство и при единичномъ употребленіи; привычное употребленіе табаку, въ видѣ чрезмѣрнаго куренья, можетъ вызвать также нервныя и душевныя разстройства (сердечную неврастенію, припадки грудной жабы и ослабленіе памяти).

Такіе возбудители какъ чай и кофе рѣдко бываютъ поводомъ къ психическимъ заболѣваніямъ. Чай однако вызываетъ психическія измѣненія у лицъ, занимающихся пробованіемъ его для опредѣленія сортовъ при расцѣнкѣ.

б) *Атропинъ, бѣлена, дурманъ, ядовитые грибы* (мухоморы) вызываютъ обыкновенно психическія разстройства при единичномъ употребленіи, бо́льшею частью вслѣдствіе случайности или злого умысла. Если дѣло не кончается смертью, то и психическое разстройство проходитъ. Иногда психическое разстройство въ видѣ галлюцинаторнаго приступа является и послѣ отравленія мышьякомъ.

в) Такія вещества какъ *наперстянка, хининъ* могутъ вызывать у нѣкоторыхъ лицъ бредъ при лѣкарственномъ назначеніи; бредъ и спутанность сознанія наблюдались также при употребленіи большихъ дозъ или въ теченіи очень долгаго времени салициловой кислоты и антипирина

г) Нѣкоторыя профессіональныя отравленія сопровождаются также психическими разстройствами: на первомъ планѣ здѣсь стоитъ *свинецъ*, вызывающій картину encephalopathiae saturninae, затѣмъ отравленіе ртутью, мышьякомъ, сѣрнистымъ углеродомъ, угольной кислотой, бензиномъ, нитробензиномъ. Въ качествѣ яда, могущаго вызвать профессіональное отравленіе слѣдуетъ отмѣтить и чай, вызывающій у „пробователей чая“—психическія измѣненія, въ формѣ неврастеніи или разстройства памяти и спутанности сознанія, и бредовыхъ идей преслѣдованія. Отравленіе окисью углерода (угаромъ) бываетъ причиною тяжелыхъ душевныхъ разстройствъ; это отравленіе можетъ быть и профессіональнымъ (у поваровъ, кочегаровъ), и случайнымъ, и съ цѣлью самоубійства.

д) Затѣмъ важную группу составляютъ ядовитыя вещества, вводимыя съ пищею Изъ нихъ на первомъ планѣ стоитъ спорынья,

вводимая съ ржанымъ хлѣбомъ, вызывающая конституціональныя разстройства, весьма тяжелыя и длительныя (ergotismus). Отравленіе продуктами разложенія гнилого маиса вызываетъ распространенную въ сѣверной Италіи и у насъ въ Бессарабіи болѣзнь, извѣстную подъ названіемъ пеллагры, тоже сопровождающуюся психическими измѣненіями.

е) Наконецъ очень можетъ быть, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ душевныя болѣзни обусловливаются тѣми ядами, которые развиваются въ самомъ организмѣ (аутоинтоксикація) — птомаинами или лейкомаинами. Это можно предположить, напр., при психозахъ, находящихся въ связи съ септицеміей, съ задержаніемъ кала въ кишечникѣ, также при нѣкоторыхъ страданіяхъ печени, при психозахъ, слѣдующихъ за операціею зоба и многихъ другихъ.

12. Важную роль въ этіологіи душевныхъ болѣзней **играютъ различныя заболѣванія какъ общія, такъ и мѣстныя**. Значеніе происхожденія психозовъ сводится къ вліянію нѣсколькихъ условій, а именно: въ однихъ случаяхъ психическое разстройство является прямо симптомомъ какой нибудь другой болѣзни, мѣстной или общей; такъ, напр., это бываетъ при воспаленіи оболочекъ мозга, при воспаленіи самого мозга, при опухоляхъ мозга или при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ (тифъ, lyssa humana), въ которыхъ измѣненія душевной дѣятельности являются результатомъ дѣйствія повышенія температуры, инфекцій или яда, циркулирующаго въ крови; въ другихъ случаяхъ психическія измѣненія являются результатомъ истощенія и разстройства питанія, вызваннаго въ организмѣ болѣзнью,—таковы заболѣванія послѣ тифа и послѣ другихъ тяжелыхъ болѣзней; психическія болѣзни, вызываемыя такимъ путемъ, бываютъ или сравнительно непродолжительныя или, наоборотъ, очень длительныя, конституціональныя, измѣняющія на долго или навсегда строй душевной жизни даннаго субъекта. Въ третьемъ рядѣ случаевъ болѣзнь является условіемъ раздраженія периферическаго нервнаго аппарата и вызываетъ душевныя заболѣванія рефлекторнымъ путемъ; таковы, напр., страданія носа, невралгіи, невриты, нѣкоторыя страданія половой системы; иной разъ это вліяніе бываетъ непосредственное, иной разъ—посредственное; въ послѣднемъ случаѣ болѣзнь повышаетъ раздражительность всей нервной системы и вызываетъ такимъ путемъ неврастенію, и связанныя съ нею невралгіи, а психозъ уже появляется на почвѣ неврастеніи; наконецъ въ четвертомъ рядѣ случаевъ болѣзнь какого-нибудь органа или общая болѣзнь является лишь поводомъ для обнаруженія скрытаго расположенія къ психозу и въ такомъ случаѣ

дѣйствуетъ какъ всякій другой случайный моментъ, выводящій нервную систему изъ состоянія равновѣсія и вызывая ту специфическую болѣзненную реакцію, которая свойственна конституціи больного; такъ небольшое лихорадочное заболѣваніе у истеричной можетъ вызвать приступъ истерическаго психоза, у алкоголика—приступъ бѣлой горячки.

Дѣлая краткій обзоръ болѣзней, могущихъ быть причинами душевныхъ болѣзней, мы прежде всего должны остановиться на **болѣзняхъ нервной системы**,

а) изъ болѣзней нервной системы страданія головного мозга имѣютъ конечно ближайшее отношеніе къ душевнымъ разстройствамъ. Таковыя разстройства являются въ бо́льшей или меньшей степени слѣдствіемъ цѣлаго ряда органическихъ страданій головного мозга: воспаленія мозга, особенно воспаленія мозговой коры (polioencephalitis Штрюмпеля), разсѣяннаго склероза мозга, воспаленія мозговыхъ оболочекъ, гематомы твердой оболочки мозга, водянки головного мозга, новообразованія, гліоматоза головного мозга, присутствія паразитовъ въ мозгу, кровоизлиянія и закупорки мозговыхъ сосудовъ, измѣненія мозговыхъ сосудовъ вслѣдствіе атероматознаго процесса, рѣзкихъ нарушеній кровобращенія въ головномъ мозгу, частыхъ приливовъ къ мозгу и его анеміи. Душевныя разстройства, вызываемыя мозговыми болѣзнями чаще всего являются какъ симптомы основной болѣзни, сравнительно рѣже какъ послѣдовательныя конституціональныя измѣненія, и еще рѣже какъ совершенно побочныя послѣдствія.

Изъ болѣзней спинного мозга чаще всего психическое разстройство является послѣдствіемъ спинной сухотки; вслѣдъ за спинной сухоткой развивается иногда прогрессивный параличъ и особая форма слабоумія (Dementia tabica); иной разъ у табетиковъ наблюдаются и преходящія разстройства, какъ, напр., меланхолія. Изъ другихъ болѣзней спинного мозга душевныя разстройства присоединяются къ тѣмъ, которыя зависятъ отъ сифилиса мозга и отравленій (алкоголемъ, спорыньей и пр.). Недоразвитіе умственной дѣятельности бываетъ также при нѣкоторыхъ формахъ спастической параплегіи, особенно у дѣтей. Въ этихъ случаяхъ однако душевное разстройство является слѣдствіемъ той причины, отъ которой зависитъ и страданіе спинного мозга.

Болѣзни периферической нервной системы вызываютъ душевныя болѣзни иногда подъ вліяніемъ болевого раздраженія (невралгіи, сдавленія нервовъ рубцовой тканью, невриты); въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ при множественномъ невритѣ, психическое разстройство является выраженіемъ вліянія на головной мозгъ той же болѣзнетвор-

ной причины, которая вызываетъ и измѣненіе нервныхъ стволовъ (аутоинтоксикація).

Различные неврозы находятся въ очень тѣсномъ отношеніи съ психическими заболѣваніями. Неврастенія, истерія, эпилепсія вызываютъ часто въ психическомъ складѣ глубокія измѣненія въ формѣ своеобразныхъ психопатическихъ конституцій, а также могутъ быть поводами и для отдѣльныхъ, болѣе или менѣе скоро преходящихъ нарушеній равновѣсія психической дѣятельности, выражающихся въ эпизодическихъ взрывахъ душевнаго разстройства.

Хорея сравнительно рѣдко вызываетъ конституціональныя разстройства, а чаще отдѣльные преходящіе приступы, являющіеся симптомомъ разстройства питанія мозга, соотвѣтствующимъ приступу двигательной хореи. Наоборотъ, при болѣзни судорожныхъ подергиваній часто бываютъ конституціональныя психическія разстройства. Точно также они нерѣдки при Базедовой болѣзни и дрожательномъ параличѣ; кромѣ того неврозы, сопровождающіеся болевыми проявленіями, какъ, напр., мигрень, бываютъ также причинами душевныхъ болѣзней или въ формѣ кратковременныхъ состояній затемнѣнія сознанія съ бредомъ, замѣняющихъ приступъ боли, или въ видѣ длительныхъ психозовъ рефлекторнаго происхожденія (**dysphrenia neuralgica**). О болѣзняхъ, связанныхъ съ неврозами, мы будемъ еще подробно говорить въ частной психіатріи

b) **Страданія половыхъ органовъ.**—Не только различныя болѣзни половыхъ органовъ вызываютъ душевныя разстройства, но и нѣкоторыя физіологическія состоянія. Такъ, у женщинъ на душевное состояніе имѣютъ большое вліяніе періодъ менструаціи и процессы, связанные съ деторожденіемъ. Значеніе менструацій довольно большое. Съ появленіемъ первыхъ менструацій связывается обыкновенно развитіе нервныхъ разстройствъ и душевныхъ; иногда около этого времени развивается психозъ въ формѣ навязчивыхъ идей, иногда съ этого періода начинаются и приступы періодическаго психоза и тяжелой истеріи. Затѣмъ и послѣ того какъ менструаціи установятся, у нѣкоторыхъ особь или передъ ихъ появленіемъ, или послѣ нихъ являются приступы нервнаго разстройства, измѣненіе настроенія, капризы, а иногда и настоящіе психозы, повторяющіеся въ связи съ каждыми регулами (такъ называемое „менструальное помѣшательство“) По своей формѣ они могутъ быть весьма разнообразны; зависятъ они частью отъ измѣненія кровообращенія, частью отъ рефлекторнаго вліянія со стороны половой системы, частью отъ общаго разстройства питанія и можетъ быть аутоинтоксикаціи, что доказывается и тѣмъ, что проявленія неправиль-

наго обмѣна довольно часто наблюдаются при регулахъ (измѣненія состава мочи, измѣненія запаха пота). Прекращеніе регулъ въ климактерическомъ періодѣ тоже иногда сопровождается разстройствами, преимущественно меланхолическаго характера

Что касается до задержки регулъ, то хотя ее часто считаютъ въ публикѣ за причину душевной болѣзни, но въ большинствѣ случаевъ неправильно; чаще задержка развивается уже послѣ начала болѣзни, или есть проявленіе той же общей болѣзни, которая вызвала и душевную болѣзнь (напр., малокровія).

Измѣненія въ организмѣ женщины, связанныя съ дѣторожденіемъ, составляютъ весьма частую причину душевныхъ болѣзней. По статистическимъ даннымъ родовспомогательныхъ заведеній, какъ нашихъ, такъ и заграничныхъ на 10.000 родовъ приходится отъ 6 до 16 случаевъ послѣродоваго помѣшательства. По статистическимъ даннымъ у 12% изъ всѣхъ душевно-больныхъ женщинъ заболѣваніе связано съ дѣторожденіемъ, при этомъ на долю психозовъ во время беременности приходится 1,7%, на психозы послѣродоваго періода 6,3%, на періодъ кормленія 4%. По изслѣдованіямъ И. Д. Жданова „(Психозы послѣродоваго періода“, Москва. 1897) въ послѣдніе годы частота той группы психозовъ, которые развиваются собственно въ послѣродовомъ періодѣ, значительно уменьшилась, а именно достигаетъ лишь 4,8% заграницей и 4,1% въ Россіи. Точно также за послѣднее время уменьшилось и отношеніе числа случаевъ послѣродоваго помѣшательства къ общему числу родовъ. Д-ръ Ждановъ связываетъ уменьшеніе частоты заболѣваній послѣродовымъ психозомъ съ распространеніемъ асептическихъ пріемовъ при родахъ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ психозъ, зависящій отъ родовъ, *происходитъ въ связи съ инфекціей и послѣдующимъ заболѣваніемъ половыхъ органовъ*. Но кромѣ инфекціи поводомъ къ возникновенію послѣродовыхъ психозовъ могутъ быть и моральныя потрясенія, и другіе моменты, какъ, напр., сильное кровотеченіе во время родовъ; во многихъ случаяхъ роды являются только поводомъ къ обнаруженію расположенія къ душевнымъ заболѣваніямъ (напр., глубокой наслѣдственности и при періодическихъ психозахъ). Очень часто психозъ послѣродовой развивается вслѣдъ *за пуэрперальной эклампсіей*. Проявляется послѣродовой психозъ въ разнообразныхъ формахъ, но чаще всего въ формѣ состояній спутанности, иногда кратковременныхъ, иногда довольно продолжительныхъ, чаще съ благопріятнымъ, чѣмъ съ дурнымъ исходомъ.

Психозы беременности, какъ сказано, бываютъ рѣже, чѣмъ послѣродовые психозы; они начинаются иногда съ начала беременности,

иногда со средины ея; иной разъ, начавшись въ началѣ беременности, они и кончаются съ родами, иногда же остаются и дольше. Эти психозы проявляются нерѣдко въ состояніяхъ чрезвычайной неуравновѣшенности, въ развитіи навязчивыхъ идей, ипохондрическаго состоянія, чрезвычайнаго бреда ревности или боязни смерти отъ родовъ. Иногда при этомъ развиваются и нѣкоторыя другія странности, непреодолимыя влеченія (напр., къ воровству), блужданію, немотивированныя антипатіи, напр., къ мужу, заставляющія больныхъ оставлять свою семью. Иногда на этой почвѣ являются и болѣе глубокія меланхолическія состоянія, или состоянія оцѣпенѣнія. Иногда при беременности бываетъ и психозъ, связанный съ хореей. — Условія, которыя вызываютъ психическія измѣненія при беременности, сводятся на измѣненіе кровообращенія, раздраженіе половой сферы, разстройство дѣятельности органовъ брюшной полости и аутоинтоксикацію. По общепринятому взгляду, у всякой женщины беременность вызываетъ состояніе не совсѣмъ нормальное, а при существованіи наслѣдственнаго предрасположенія особенно у первородящихъ ненормальность иногда достигаетъ степени настоящаго психоза. Нужно отмѣтить, что на нѣкоторыхъ особъ беременность дѣйствуетъ наоборотъ очень хорошо, сопровождаясь улучшеніемъ общаго питанія и устраненіемъ многихъ обычныхъ нервныхъ симптомовъ.

Кормленіе вызываетъ душевное разстройство преимущественно у истощенныхъ малокровныхъ особъ, плохо питающихся и расположенныхъ къ психозамъ. Чаще всего оно проявляется въ состояніяхъ подавленности съ легкой спутанностью и бредовыми идеями, прекращеніе кормленія обыкновенно дѣйствуетъ благопріятно на теченіе болѣзни.

Заканчивая значеніе нѣкоторыхъ почти физіологическихъ измѣненій въ половой сферѣ женщинъ, нужно отмѣтить, что бываютъ случаи развитія психоза какъ разъ вслѣдъ за нарушеніемъ дѣвственности или вообще вслѣдъ за попыткой перваго совокупленія (**psychosis postconnubialis**). Болѣзнь выражается чаще всего въ состояніяхъ галлюцинаторной спутанности, иногда со страхомъ, иногда съ экспансивнымъ настроеніемъ.

Физіологическія измѣненія **въ половой системѣ у мужчинъ** имѣютъ меньшее значеніе въ этіологіи душевныхъ болѣзней; появленіе поллюцій впрочемъ иногда тоже сопровождается измѣненіемъ настроенія и влеченій. Чрезмѣрно частыя поллюціи и выдѣленіе простатической слизи часто вызываетъ ипохондрическое настроеніе, явленія неврастеніи, иногда меланхоліи и бредъ преслѣдованія. Первыя попытки поло-

выхъ отношеній часто неудаются и вызываютъ представленія объ импотенціи и соотвѣтствующія ипохондрическія идеи.

Что касается собственно до болѣзней половой системы, то у мужчинъ играютъ роль въ качествѣ производящей причины сперматоррея, вызывающая общую раздражительность, истощеніе и въ связи съ этимъ рядъ неврастеническихъ разстройствъ и бленоррея, сопровождаясь иногда довольно тяжелыми нервными разстройствами. Сравнительно рѣдко бываютъ психическія измѣненія вслѣдствіе эпидидимитовъ и орхитовъ. Импотенція бываетъ иногда причиной душевнаго разстройства, но чаще сама является его слѣдствіемъ.

Удаленіе тестикулъ вызываетъ какъ измѣненіе характера, такъ иногда и психозъ съ бредовыми идеями.

Изъ болѣзней женскихъ половыхъ органовъ страданія матки, фаллопіевыхъ трубъ и яичниковъ отмѣчаются какъ частыя причины нервныхъ и душевныхъ заболѣваній разнообразнаго характера; вліяніе ихъ различно: иногда оно сводится къ вліянію путемъ рефлекторнымъ, какъ, напр., при страданіяхъ яичниковъ, сопровождающихся истеріей, иногда къ вліянію истощенія, иногда къ вліянію аутоинтоксикаціи— какъ, напр., при параметритахъ и бленорройномъ сальпингитѣ. Проявленіе психическихъ разстройствъ бываетъ очень разнообразно; между прочимъ нерѣдки формы истерическія и ипохондрическія, съ отсутствіемъ энергіи, апатіей, и отвращеніемъ къ половой жизни.

Удаленіе матки и яичниковъ, производимое съ цѣлью лѣченія, часто тоже отражается на психическомъ складѣ. Иногда, правда, удаленіе больныхъ органовъ дѣйствуетъ и благопріятно, устраняя рядъ нервныхъ симптомовъ, но нерѣдко и наоборотъ: развивается ипохондрія, рядъ навязчивыхъ идей, бредовыя идеи и глубокая меланхолія, похожая на климактерическую.

Здѣсь же слѣдуетъ отмѣтить, что далеко не всегда, когда женщина, страдающая психозомъ, жалуется на страданіе въ половой сферѣ, въ этомъ страданіи и нужно искать причину болѣзни: очень часто бываетъ, что самая жалоба есть результатъ нервной или душевной болѣзни, и чувствуемыя больною болевыя ощущенія суть слѣдствія повышенной возбудимости или односторонности вниманія. Нерѣдко приходилось видѣть, что упорное гинекологическое лѣченіе въ такихъ случаяхъ только усиливало болѣзнь.

в) **Страданія пищеварительнаго аппарата** вызываютъ нерѣдко психическія заболѣванія. Расширеніе желудка, ведущее къ задержанію пищи и къ образованію птомаиновъ, вызываетъ ипохондрію и меланхолическія разстройства При упорныхъ запорахъ, также бываютъ

душевныя разстройства, частью вслѣдствіе неправильностей кровеобращенія, частью вслѣдствіе всасыванія продуктовъ гніенія содержимаго кишекъ. Описаны случаи въ которыхъ тяжелыя формы душевныхъ разстройствъ, частью въ формѣ острой спутанности, частью въ формѣ токсемической церебропатіи съ пораженіемъ периферическихъ нервовъ развивались вслѣдствіе долговременнаго задержанія кала. Присутствіе глистъ, круглыхъ и ленточныхъ вызываетъ психическія разстройства путемъ раздраженія, а можетъ быть и всасыванія въ кровь токсиновъ. Страданія печени вызываютъ цѣлый рядъ психозовъ, частью рефлекторно (при печеночныхъ камняхъ) частью задержаніемъ желчи, частью разстройствомъ нейтрализующаго дѣйствія печени на токсины (остро-развивающееся безсмысліе, полиневритическій психозъ) Сращенія, остающіяся послѣ воспаленія брюшины, вызывая душевныя болѣзни, иногда обусловливаютъ своеобразную окраску бредовыхъ идей.

г) **Страданіе органовъ кровеобращенія** бываютъ чаще всего тогда причиною душевныхъ болѣзней, когда они состоятъ въ перерожденіи сосудовъ, особенно сосудовъ мозга. Но и помимо этого различныя нарушенія правильности кровеобращенія, сопровождающія страданія сердца, его клапановъ и оболочекъ (особенно язвенный эндокардитъ) и страданія сосудовъ, могутъ быть причиною душевныхъ разстройствъ—какъ вызывая конституціональныя измѣненія, выражающіяся въ чрезмѣрной возбудимости, такъ и отдѣльные приступы психозовъ, отличающіеся большею частью большимъ двигательнымъ возбужденіемъ. Рѣзкое ослабленіе силы сердечной дѣятельности является ближайшимъ поводомъ къ появленію такъ называемаго бреда при коллапсѣ.

Нужно отмѣтить что иногда задержка привычныхъ кровотеченій, какъ, напр. геморроидальныхъ является тоже поводомъ къ возникновенію душевныхъ разстройствъ

д) **Болѣзни органовъ дыханія.** Изъ болѣзней органовъ дыханія чаще всего поводами къ заболѣванію душевными болѣзнями бываютъ острое воспаленіе легкихъ и легочная чахотка, рѣже плевритъ (за исключеніемъ гриппа, который относится къ общимъ болѣзнямъ). Часто уже во время самаго воспаленія легкаго бываетъ психическое разстройство въ формѣ лихорадочнаго бреда; кромѣ того по окончаніи воспаленія бываетъ бредъ коллапса, астеническая спутанность, бѣлая горячка (у потаторовъ) и остро развивающееся безсмысліе. Легочная чахотка иногда вызываетъ психическія разстройства даже въ томъ періодѣ, когда ее нельзя обнаружить мѣстнымъ изслѣдованіемъ; психическое разстройство въ разнообразныхъ формахъ (спутанность, полиневритическій психозъ у потаторовъ) является какъ бы первой реакціей тубер-

кулезнаго пораженія. Иногда же психическое разстройство является уже въ концѣ легочной чахотки. Кромѣ рѣзко выраженныхъ психозовъ, легочная чахотка, какъ извѣстно, вызываетъ и своеобразное конституціональное разстройство психики (раздражительность, вмѣстѣ съ страннымъ несознаваніемъ своего тяжелаго положенія).

е) При болѣзняхъ **почекъ и мочевого пузыря** бываютъ нерѣдко психическія разстройства, частью вслѣдствіе раздраженія чувствующихъ нервовъ, частью вслѣдствіе измѣненія состава мочи и задержанія въ организмѣ продуктовъ обмѣна филинтоксиновъ. Сюда относятся такъ называемые уремическіе психозы, являющіеся спутниками воспаленія почекъ; они проявляются иногда въ формѣ тяжелой комы, сопровождающей эклампсическіе припадки, иногда же въ формѣ самостоятельныхъ разстройствъ, иной разъ напоминающихъ по картинѣ болѣзни прогрессивный параличъ (забывчивость, разстройство правильности сочетаній, дрожаніе въ рукахъ, плохая реакція и суженіе зрачковъ измѣненіе рефлексовъ), но дающихъ неожиданно хорошій исходъ. Иной разъ психозы, соединенные съ страданіемъ почекъ и альбуминуріей являются лишь выраженіемъ общаго сосудистаго страданія и зависятъ отъ артеріосклеротическаго заболѣванія головного мозга. Какъ слѣдствіе тяжелыхъ страданій мочевого пузыря бываютъ случаи психической церебропатіи съ параличами частью периферическаго частью спинно-мозгового происхожденія. Я наблюдалъ подобный случай, обусловленный гангренознымъ воспаленіемъ мочевого пузыря и піэлонефритомъ.

ж) **Кожныя** болѣзни нерѣдко находятся въ зависимости отъ нервныхъ разстройствъ; въ свою очередь иногда какъ появленіе, такъ и исчезновеніе нѣкоторыхъ кожныхъ болѣзней (хроническая экзема, псоріазисъ) совпадаетъ съ появленіемъ психическихъ болѣзней, но неизвѣстно, существуетъ ли тутъ причинная зависимость или только совпаденіе.

з) Болѣзни различныхъ **органовъ чувствъ**. Изъ нихъ на первомъ планѣ стоитъ пораженіе уха. Пораженіе уха играетъ при этомъ двоякую роль: иногда болѣзни уха непосредственно переходятъ на височную кость и на оболочки головного мозга, иногда же разстройство слуха даетъ поводъ къ развитію слуховыхъ галлюцинацій и иллюзій, которыя и ложатся въ основѣ идей преслѣдованія и другихъ явленій помѣшательства; иногда же вредно вліяетъ задержаніе гноя, напр., при привычныхъ гноетеченіяхъ изъ уха; это послѣднее вліяніе сводится или къ рефлекторному раздраженію, или къ всасыванію въ кровь и вліянію на нервную систему токсиновъ, которые должны бы были быть удалены.

Пораженіе глазъ вызываетъ иногда расположеніе къ зрительнымъ галлюцинаціямъ и иллюзіямъ: операціи надъ глазомъ, особенно опера-

ціи катаракты сопровождаются нерѣдко психическими измѣненіями, въ въ видѣ астенической спутанности.

Страданіе полости носа, придаточныхъ полостей и аденоидныхъ образованій отмѣчается нѣкоторыми авторами какъ частая причина упорныхъ нервныхъ и душевныхъ разстройствъ (разстройство вниманія, ипохондріи, меланхоліи, юношескія формы слабоумія): иной разъ дѣйствительно мѣстное лѣченіе улучшаетъ душевное состояніе, но чаще лѣченіе страданія носовой полости остается безъ вліянія на душевное заболѣваніе.

н) Къ вліянію страданій мѣстныхъ нужно отнести отчасти и развитіе душевныхъ болѣзней **послѣ хирургическихъ операцій**. Но какъ я уже говорилъ, далеко не всегда здѣсь дѣйствуетъ только мѣстное пораженіе. Иногда вліяніе хирургической операціи сводится къ моральному потрясенію (испугъ передъ операціей), иногда къ травматическому поврежденію (операціи надъ черепомъ), иногда къ вліянію послѣдовательнаго лѣченія (іодоформныя перевязки), осложненіи (полиневритическій психозъ, delirium traumaticum и пр.), иногда находится въ связи съ функціей удаляемаго органа (напр., слабоумие послѣ удаленія зоба), иногда съ предшествующимъ расположеніемъ.

і) Среднее между мѣстными разстройствами и общими составляютъ разстройства, называемыя заболѣваніями **отдѣльныхъ железистыхъ органовъ — щитовидной железы, мозгового придатка, надпочечныхъ железъ**. При страданіяхъ щитовидной железы бываетъ микседема и соотвѣтствующія измѣненія въ психической сферѣ (апатія, ослабленіе памяти, сонливость, у дѣтей задержка умственнаго развитія, кретинизмъ), при страданіи мозгового придатка—явленія акромегаліи и иногда признаки глубокаго разстройства сознанія. При страданіяхъ надпочечныхъ железъ—Аддиссонова болѣзнь и неврастеническія явленія. Во всѣхъ психическихъ разстройствахъ, вызываемыхъ измѣненіями этихъ органовъ причиною болѣзни нужно считать вліяніе на нервную систему задержанія въ крови токсиновъ.

к) Часто причиною душевныхъ болѣзней могутъ быть и **общія болѣзни, какъ острыя, такъ и хроническія**.

При острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ психическія разстройства могутъ появляться 1) въ продромальномъ періодѣ, 2) во время самаго приступа болѣзни, 3) въ періодъ паденія температуры (бредъ при коллапсѣ), 4) въ періодъ поправленія — астеническая спутанность, или остроразвивающееся безсмысліе, иногда полиневритическій психозъ). Въ качествѣ ближайшихъ условій появленія психическихъ измѣненій слѣдуетъ считать—вліяніе инфекціи и аутоинтоксикаціи, вліяніе высокой

температуры, болевое раздраженіе чувствующихъ нервовъ, паденіе сердечной дѣятельности, общее истощеніе и наконецъ вліяніе индивидуальности (наслѣдственность, алкоголизмъ). Въ качествѣ причинъ отмѣчаются такія острыя болѣзни, какъ тифъ, оспа, рожа, язвенный септическій эндокардитъ, септицемія, піэмія, острый ревматизмъ сочлененій, корь, скарлатина, эпидемическая заушница, инфлюэнца, малярія, холера, чума, бѣшенство (lyssa humana) и нѣкоторыя другія. При эпидемическомъ воспаленіи оболочекъ спинного и головного мозга, также какъ при нѣкоторыхъ формахъ крупозной пневмоніи и остраго ревматизма сочлененій и піэміи, кромѣ общаго токсическаго вліянія, ближайшимъ условіемъ психическихъ измѣненій могутъ быть и чисто мѣстныя воспалительныя измѣненія въ полости черепа.

Хроническія общія разстройства, каковы малокровіе, хлорозъ, левкемія, артритизмъ, рахитизмъ, діабетъ, ожирѣніе и всевозможныя кахексіи (туберкулезная, раковая или зависящая отъ другихъ новообразованій), являясь также поводомъ къ душевнымъ заболѣваніямъ, вліяютъ на нервную систему или черезъ ослабленіе питанія, черезъ вліяніе на кровообращеніе, а чаще всего путемъ аутоинтоксикаціи. На почвѣ этихъ хроническихъ болѣзней развиваются или отдѣльные приступы душевныхъ болѣзней, или длительное конституціональное измѣненіе всего душевнаго строя.

т) Особое значеніе въ этіологіи душевныхъ болѣзней занимаетъ **сифилисъ**. Вліяніе его весьма обширное и разнообразное. Такъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ сифилисъ непосредственно обусловливаетъ душевную болѣзнь, благодаря специфическому пораженію мозга и его оболочекъ (гуммозныя опухоли, специфическій менингитъ, специфическое измѣненіе въ сосудахъ). Это въ собственномъ смыслѣ слова—lues cerebralis. Въ другихъ случаяхъ сифилисъ обусловливаетъ особое предрасположеніе къ не специфическимъ болѣзнямъ нервной системы, напр., къ появленію интерстиціальныхъ воспаленій, которыя, развиваясь, и ложатся въ основу душевныхъ и нервныхъ болѣзней. Такого рода предрасположеніе обусловливается вѣроятно задержаніемъ въ организмѣ токсиновъ, обязанныхъ своимъ происхожденіемъ сифилитической инфекціи. Для обозначенія измѣненій, лежащихъ въ основѣ этого предрасположенія, я буду пользоваться терминомъ Фурнье и называть ихъ парасифилитической конституціей. На почвѣ этой конституціи развиваются прогрессивный параличъ и спинная сухотка. Затѣмъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ сифилисъ обусловливаетъ душевную болѣзнь путемъ не специфическаго, а общаго истощенія организма, вызывая обнаруженіе наслѣдственнаго расположенія къ забо-

лѣванію. Наконецъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ причиной болѣзни является моральное потрясеніе и страхъ тѣхъ послѣдствій, которыя онъ можетъ вызвать (syphilophobia), или то лѣченіе, которое употреблялось для удаленія сифилитическихъ проявленій (чрезмѣрное употребленіе ртути, ослабляющій методъ, слишкомъ горячія ванны). Кромѣ того несомнѣнно, что сифилисъ также какъ алкоголизмъ и пауперизмъ способствуетъ вырожденію потомства.

Таковы наиболѣе важныя причины душевныхъ болѣзней. Какъ видно онѣ крайне разнообразны — тутъ и чисто моральное вліяніе, тутъ и вліяніе предрасположенія, какъ наслѣдственности, тутъ и вліяніе отдѣльныхъ органовъ тѣла, тутъ и неправильности образа жизни и біологическіе, физическіе и патологическіе факторы. Несмотря на все ихъ разнообразіе, можно однако ближайшее дѣйствіе всѣхъ этихъ причинъ на нервную систему свести къ сравнительно небольшому числу агентовъ. Такъ, сравнительно небольшую роль играетъ чисто механическій факторъ—прямое механическое нарушеніе цѣлости психическаго органа, нѣсколько бо́льшую—чисто физіологическое вліяніе раздраженія и такой психическій факторъ, какъ дѣйствіе примѣра, еще значительно бо́льшую играетъ неправильность и недостаточность развитія нервной системы, недостатокъ нервныхъ элементовъ, но самое большое число причинъ сводится на дѣйствіе химическихъ агентовъ на нервную систему, на вліяніе интоксикаціи и аутоинтоксикаціи. Къ вліянію аутоинтоксикаціи можно свести и дѣйствіе разныхъ болѣзней, острыхъ и хроническихъ, и моральныхъ потрясеній, и травмъ и даже наслѣдственности.

Къ вліянію аутоинтоксикаціи можно отнести и дѣйствіе цѣлаго ряда другихъ причинъ, могущихъ вызвать психическія болѣзни. Такъ, напр., вліяніе острыхъ болѣзней, какъ тифъ, послѣродовыя заболѣванія, легко можно свести на отравленіе нервной системы продуктами дѣятельности микробовъ, обусловливающихъ тифъ и послѣродовыя заболѣванія. Вліяніе малокровія и истощенія тоже сводятся на недостаточное—неправильное питаніе нервныхъ элементовъ коры. Точно также вліяніе моральнаго потрясенія или умственнаго напряженія можно также свести на чрезмѣрное образованіе и скопленіе продуктовъ метаморфоза въ нервной ткани и на токсическое вліяніе ихъ на нервные элементы; травмы, дѣйствующія на голову, не столько нарушаютъ механически цѣлость нервныхъ аппаратовъ, сколько вызываютъ измѣненіе лимфообращенія и отравленіе нервныхъ элементовъ продуктами метаморфоза и распада, наконецъ и вліяніе наслѣдственности часто сводится

къ недостаточности строенія и функціи лимфатическаго аппарата, очищающаго нервные центры отъ токсиновъ или на уменьшеніе нейтрализаціи и выведенія токсиновъ изъ организма. Сравнительно труднѣе можно свести на вліяніе химизма—развитіе такъ наз. рефлекторныхъ психозовъ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ при половой неврастеніи или при развитіи психозовъ отъ страданія полости носа—измѣненіе тончайшаго питанія нервныхъ элементовъ въ зависимости отъ измѣненія химизма вполнѣ допустимо

Чтобы имѣть представленія объ относительной частотѣ вліянія различныхъ причинъ, я приведу здѣсь, пользуясь статьей д-ра Горшкова, его выводъ процентнаго отношенія больныхъ, у которыхъ болѣзнь вызывалась той или другой причиной, сдѣланный на основаніи 12 отчетовъ русскихъ психіатрическихъ заведеній за 1894—95 годы Данныя относятся къ общей цифрѣ 7004 больныхъ.

	Причины болѣзни	У мужчинъ.	У женщинъ
1	Наслѣдственность	28,4%	26,6%
2	Прирожденная слабость психофизическаго организма	9,5 „	9,8 „
3	Нравствен. потрясен. и переутомленіе	10,2 „	9,6 „
4	Различныя половыя излишества	4,6 „	0,7 „
5	Беременность, роды и проч	—	11,4 „
6	Травматическія поврежденія	1,4 „	1,3 „
7	Высокая температура	0,3 „	—
8	Пьянство	16,6 „	15,4 „
9	Отравленія	0 8 „	—
10	Болѣзни головного мозга	0.6 „	2,3 „
11	„ спинного мозга		1.6 „
12.	„ периферическихъ нервовъ	0,3 „	—
13	Общіе неврозы	9,7 „	5,9 „
14	Хроническія мѣстныя болѣзни	0,9 „	0,8 „
15	Ушныя болѣзни	0,3 „	—
16	Конституціональныя болѣзни	3,7 „	8,9 „
17	Сифилисъ	6,6 „	5,2 „
18	Острыя инфекціонныя болѣзни	6 9 „	5,4 „

Нужно впрочемъ относиться къ этимъ цифрамъ съ большою осторожностью, главнымъ образомъ потому, что опредѣленіе причинъ болѣзни не во всѣхъ больницахъ производится при достаточно удобныхъ условіяхъ: такъ, напр., опредѣленіе наслѣдственности у крестьянъ довольно затруднительно и чѣмъ болѣе въ больницѣ малограмотныхъ лицъ или лицъ доставляемыхъ, безъ всякихъ предварительныхъ свѣдѣній (напр., полиціей), тѣмъ меньше относительный процентъ наслѣдственности. Точно тоже нужно сказать и относительно многихъ другихъ причинъ Кромѣ того часто въ отчетахъ отмѣчается лишь одинъ факторъ въ качествѣ причины, а между тѣмъ на самомъ дѣлѣ душевная болѣзнь вызывается взаимодѣйствіемъ нѣсколькихъ причинъ—3-хъ или даже болѣе (напр., наслѣдственность, сифилисъ и алкоголизмъ, или наслѣдственность, роды и нравственное потрясеніе), и трудно бываетъ опредѣ-

Діагностика душевныхъ болѣзней.

Діагностика душевныхъ болѣзней представляетъ значительныя особенности сравнительно съ діагностикой другихъ заболѣваній. Одна изъ особенностей заключается въ томъ, что часто раньше, чѣмъ ставить вопросъ о діагностикѣ формы душевнаго заболѣванія, нужно рѣшить вопросъ, дѣйствительно ли данный человѣкъ страдаетъ душевною болѣзнью. Душевныя болѣзни нерѣдко выражаются такими симптомами, которые кажутся только проявленіями особенностей характера больного, и лица, которымъ приходится сталкиваться съ больнымъ, часто долго не знаютъ, имѣютъ ли они дѣло съ больнымъ человѣкомъ или съ здоровымъ. Поэтому очень нерѣдко вопросъ о существованіи или не существованіи душевной болѣзни ставится прямо врачу какъ со стороны родственниковъ больного, такъ и со стороны администраціи и судебныхъ властей, если кто-либо въ своихъ семейныхъ, служебныхъ и общественныхъ отношеніяхъ поступаетъ такъ, что вызываетъ сомнѣніе въ нормальности умственныхъ способностей. Иногда этотъ вопросъ ставитъ себѣ и самъ врачъ, замѣчая у кого-либо такіе признаки, которые внушаютъ подозрѣніе о существованіи душевныхъ болѣзней.

Разъ явился вопросъ о томъ, страдаетъ ли данный индивидуумъ душевною болѣзнью,—нужно сдѣлать обстоятельный разспросъ какъ больного, такъ и окружающихъ, и вести дѣло по всѣмъ правиламъ научной діагностики. Въ виду этого, прежде чѣмъ говорить о діагностикѣ сомнительныхъ случаевъ, мы должны познакомиться съ методомъ діагностики душевныхъ болѣзней въ случаяхъ, гдѣ существованіе ея несомнѣнно и гдѣ, слѣдовательно, идетъ дѣло объ опредѣленіи формы болѣзни, ея патогенеза, прогностики и мѣропріятій по отношенію къ больному.

О діагностикѣ отдѣльныхъ формъ душевныхъ болѣзней мы будемъ говорить при описаніи этихъ формъ. Теперь же я укажу на общіе пріемы, которымъ нужно слѣдовать при изслѣдованіи душевно-больныхъ.

Изслѣдованіе душевно-больныхъ. Само собою разумѣется, что изслѣдованіе душевно-больного, какъ и всякаго другого больного, должно быть по возможности полнымъ и объективнымъ. Но тутъ мы часто встрѣчаемся съ трудностью, съ которою рѣдко приходится сталкиваться у взрослыхъ соматическихъ больныхъ, именно съ несознаваніемъ больнымъ своего положенія и нежеланіемъ подвергнуться изслѣдованію.

Это нерѣдко бываетъ причиною того, что окружающіе больного сами

очень боятся, чтобы больной не заподозрилъ, что изслѣдующее его лицо — врачъ, и потому просятъ врача явиться подъ какимъ-нибудь ложнымъ именемъ, наприм., подъ именемъ адвоката, торговца, полицейскаго, чтобы, обманувъ больного, вступить съ нимъ въ разговоръ и опредѣлить такимъ образомъ, есть ли у него болѣзнь или нѣтъ. Я долженъ рѣшительно высказаться противъ такого пріема. Соглашаясь на него, врачъ прежде всего лишаетъ себя возможности произвести правильное медицинское изслѣдованіе. Онъ не можетъ, будучи, наприм., въ роли адвоката, ни задавать тѣхъ вопросовъ, которые свободно задаетъ врачъ, ни изслѣдовать физическую сторону больного. Поэтому всегда изслѣдованіе при такихъ условіяхъ будетъ одностороннее, и потому выводы, сдѣланные изъ него, могутъ быть ошибочны. Кромѣ того очень часто въ такихъ случаяхъ больные легко узнаютъ обманъ и относятся къ врачу чрезвычайно враждебно. Нужно имѣть въ виду еще и то, что врачу, можетъ быть, придется впослѣдствіи явиться передъ больнымъ въ своемъ настоящемъ видѣ, наприм., если больной поступитъ къ нему въ больницу. Врачъ, пришедшій къ больному въ качествѣ адвоката, а потомъ принявшій его къ себѣ въ больницу, теряетъ довѣріе больного, а довѣріе — чрезвычайно важная вещь при лѣченіи душевно-больныхъ. Съ другой стороны, почти никогда не бываетъ случая, гдѣ при настойчивомъ желаніи нельзя было бы явиться къ больному открыто въ качествѣ врача и сдѣлать ему соотвѣтствующіе вопросы.

Такимъ образомъ при изслѣдованіи больного обманывать его не слѣдуетъ, а слѣдуетъ являться всегда въ роли врача, причемъ иногда полезно бываетъ, начиная разспросъ, остановиться подробно на различныхъ физическихъ явленіяхъ, чтобы внушить больному довѣріе къ себѣ именно какъ къ врачу, а не къ изслѣдователю его душевныхъ тайнъ.

Изслѣдованіе душевно-больного состоитъ изъ тѣхъ же актовъ, какъ и изслѣдованіе соматическихъ больныхъ. Прежде чѣмъ приступить къ изслѣдованію самого больного, правильнѣе собрать по возможности полныя **анамнестическія данныя**.

Это правильнѣе сдѣлать передъ свиданіемъ съ больнымъ, чтобы знать, на что обращать вниманіе при осмотрѣ самого больного. Въ большинствѣ случаевъ, впрочемъ, послѣ осмотра больного приходится снова собирать анамнестическія данныя, чтобы пополнить собранныя ранѣе свѣдѣнія новыми вопросами, которые вытекаютъ изъ осмотра самого больного. Относительно многихъ больныхъ анамнестическія свѣдѣнія могутъ быть собраны отъ нихъ самихъ, при ихъ разспросѣ, но все таки

и въ такихъ случаяхъ правильнѣе имѣть предварительныя объективныя свѣдѣнія отъ окружающихъ больного лицъ.

Прежде всего мы освѣдомляемся о возрастѣ больного, его общественномъ и семейномъ положеніи, занятіяхъ, степени образованія, національности (при чемъ не мѣшаетъ освѣдомиться и о національности по крайней мѣрѣ ближайшихъ предковъ больного), религіи и мѣстѣ жительства. Всѣ эти свѣдѣнія нужны не только для статистическихъ свѣдѣній, требуемыхъ отчетами, но и для того, чтобы судить объ условіяхъ жизни больного, о томъ, къ какому строю душевной жизни онъ расположенъ въ силу своего возраста, положенія, народности и религіи. Затѣмъ мы приступаемъ къ разспросу о предшествующей жизни больного, т.-е. собираемъ собственно анамнестическія свѣдѣнія Я долженъ обратить особенное вниманіе на то, что въ психіатріи точныя анамнестическія свѣдѣнія имѣютъ громадную важность. Очень часто, не зная анамнеза, мы рѣшительно не въ состояніи сдѣлать діагностику болѣзни; нерѣдко бываютъ случаи, гдѣ діагностика, поставленная при неизвѣстности анамнестическихъ данныхъ, должна быть совершенно измѣнена, когда будутъ добыты точныя свѣдѣнія о предшествующемъ состояніи больного. Въ виду этого необходимо собирать анамнезъ самымъ тщательнымъ образомъ, что, нужно сознаться, далеко не всегда легко—съ одной стороны потому, что часто около больныхъ нѣтъ такихъ лицъ, которыя сообщили бы предварительныя свѣдѣнія, а съ другой — иногда мы получаемъ противорѣчивыя свѣдѣнія отъ различныхъ лицъ, окружающихъ больного Въ виду этого, особенно въ случаяхъ, имѣющихъ судебно медицинское значеніе, слѣдуетъ всегда отмѣчать, отъ кого получены тѣ или другія свѣдѣнія. Собираніе анамнестическихъ свѣдѣній у близкихъ родственниковъ даетъ часто драгоцѣнный матеріалъ въ силу ихъ личнаго знакомства съ ними, — матеріалъ, дающій возможность судить какъ о нѣкоторыхъ фамильныхъ свойствахъ, такъ и о характерѣ лицъ, окружающихъ больного.

Собирая анамнестическія свѣдѣнія, мы должны руководиться такими задачами: разъяснить себѣ время и способъ начала болѣзни, ея теченіе до настоящаго времени, а затѣмъ выяснить себѣ, что́ за человѣкъ, душевная болѣзнь котораго составляетъ предметъ нашего изслѣдованія, какія его біологическія, антропологическія, психологическія и патологическія особенности.

Практичнѣе всего начинать съ вопросовъ о теперешнемъ заболѣваніи, спросить, что́ ненормальнаго больной представляетъ теперь, почему окружающіе считаютъ его душевно-больнымъ, и затѣмъ прослѣ-

дить, когда начались тѣ признаки, которые считаются за ненормальные. При этомъ слѣдуетъ заставить родственниковъ и окружающихъ по возможности подробнѣе разсказать начало проявленія болѣзни, описать болѣзненные симптомы, бывшие вначалѣ, и поводы къ ихъ проявленію и затѣмъ день за днемъ, недѣля за недѣлей прослѣдить, какъ шла болѣзнь. При этомъ приходится держаться правила, обратнаго тому, какого обыкновенно держатся при собираніи свѣдѣній при физическихъ болѣзняхъ. Тамъ часто вы ставите сами вопросъ, на который требуете только краткаго отвѣта. Здѣсь же выгоднѣе дать разговориться окружающимъ. Разговорившись, они хотя и станутъ говорить много ненужнаго, но будутъ вамъ описывать событія изъ жизни больного, отдѣльные эпизоды, факты, изъ которыхъ вы и выведете ваше заключеніе. Главнымъ образомъ нужно добиваться, чтобы родственники больного вамъ разсказывали факты, а не свои личныя мнѣнія. Точно переданные факты, подлинныя слова больного вамъ разскажутъ лучше всего объ его состояніи. Конечно, врачъ при этомъ долженъ руководить разговоромъ; онъ долженъ задавать вопросы о существованіи тѣхъ или другихъ симптомовъ, напр., объ обманахъ чувствъ и ихъ качествѣ, о ложныхъ идеяхъ, объ отношеніи къ окружающимъ, о настроеніи, объ особенностяхъ поведенія, о томъ, какъ онъ ѣстъ, проявляетъ ли наклонность къ дѣйствіямъ, опаснымъ для себя и для окружающихъ, о припадкахъ возбужденія у больныхъ, о попыткахъ къ самоубійству, о времени, когда измѣнился сонъ и о всѣхъ другихъ интересующихъ его проявленіяхъ болѣзни и долженъ добиваться фактическихъ и подробныхъ указаній на существованіе того или другого симптома.

Разспрашивая о теченіи болѣзни и придерживаясь по возможности фактической стороны, слѣдуетъ тщательно опредѣлять время, когда случилось то или другое событие, о которомъ разсказываютъ. Это нужно потому, что, сопоставляя добытыя свѣдѣнія съ различными состояніями больного (напр., у женщинъ со временемъ регулъ), можно уловить какую-нибудь связь психическихъ симптомовъ съ физическими, или отмѣтить періодичность въ ихъ появленіи. Очень полезно при этомъ пользоваться графическимъ методомъ и отмѣчать послѣдовательно смѣну различныхъ явленій на разграфленной квадратиками бумагѣ, въ которой горизонтальныя дѣленія соотвѣтствуютъ какой-нибудь единицѣ времени (днямъ, недѣлямъ, мѣсяцамъ).

Составивши представленіе о фактахъ, касающихся настоящаго заболѣванія, нужно приступить къ изслѣдованію почвы, на которой оно развилось, и тутъ слѣдуетъ начать изслѣдованіе біологическихъ особенностей больного. Вы спрашиваете прежде всего объ его родѣ о на-

слѣдственности: это—очень важный пунктъ изслѣдованія, и нужно тщательно разспрашивать окружающихъ, чтобы получить точный отвѣтъ. Бо́льшею частью не достаточно простого вопроса о томъ, нѣтъ ли душевно-больныхъ въ роду, а нужно спросить по порядку, не были ли больны отецъ, мать, дѣды, бабушки, двоюродные братья, племянники и другіе родственники. При этомъ нужно обращать вниманіе не только на то, не было ли формально душевно-больныхъ, но также не было ли глухонѣмыхъ, пьяницъ, преступниковъ, оригиналовъ, самоубійцъ, припадочныхъ, нервныхъ, истеричныхъ, хореиковъ, или особенно выдающихся личностей. Нужно по возможности составить себѣ понятіе объ особенностяхъ психическаго склада всего рода, а также — нѣтъ ли въ роду болѣзненнаго расположенія къ какой-нибудь тѣлесной болѣзни, напр., къ чахоткѣ, къ тучности, къ раку, каково долголѣтіе въ фамиліи, рождаемость, устойчивость противъ болѣзней, каковъ общій духъ данной фамиліи, преобладающія наклонности. При этомъ обыкновенно спрашивается, на кого изъ родныхъ похожъ больной.

Собираніе свѣдѣній о наслѣдственности требуетъ обыкновенно извѣстной опытности. Дѣло въ томъ, что родственники часто рѣшительно не могутъ отвѣтить на вопросъ о томъ, не было ли въ ихъ роду людей больныхъ, потому что они не освоились съ пониманіемъ того, о чемъ ихъ спрашиваютъ; очень нерѣдко бываетъ, что на вопросъ о наслѣдственности дается отрицательный отвѣтъ, а на самомъ дѣлѣ существуетъ значительная невропатическая наслѣдственность. Поэтому нужно изслѣдованіе вопроса о наслѣдственности вести очень тщательно и нѣсколько разъ провѣрять его При разспросахъ правильнѣе задавать вопросы о болѣзни родственниковъ не огуломъ, а спрашивать объ отдѣльныхъ лицахъ, — дѣдѣ по отцу, дѣдѣ по матери, бабкѣ по отцу, дядяхъ по отцу, теткахъ по отцу и пр.; во многихъ случаяхъ удобно спрашивать сначала объ имени, отчествѣ этихъ лицъ и потомъ уже объ ихъ свойствахъ: у многихъ изъ родственниковъ при этомъ возникаетъ больше воспоминаній объ особенностяхъ даннаго лица, чѣмъ безъ этого пріема. Для тщательнаго изслѣдованія наслѣдственности въ Московской психіатрической клиникѣ мы пользуемся или особою схемою, составленною по образцу, который примѣнялъ д-ръ В. И. Яковенко при собираніи статистическихъ свѣдѣній по Московской губерніи, или особымъ листомъ, составленнымъ по образцу, который я въ первый разъ увидалъ у д-ра О. А. Чечотта въ больницѣ Св. Николая Чудотворца. Оба они находятся въ приложеніи къ этому курсу. На послѣднемъ листѣ есть возможность графическаго изображенія наслѣдственности. Въ клиникѣ для ясности почти всегда рисуется генеологическое дерево больного,

причемъ случаи психическихъ разстройствъ отмѣчаются одной краской, случаи нервныхъ—другой, алкоголизма—третьей, туберкулеза—четвертой, раковой наслѣдственности—пятой.

Затѣмъ вы переходите къ условіямъ первоначальнаго развитія больного. Вы освѣдомляетесь, не совпадало ли зачатіе его съ пожилымъ возрастомъ отца или матери или съ болѣзнью кого-либо изъ изъ родителей, опьянѣніемъ одного изъ нихъ и другими вредными моментами. Затѣмъ узнаете объ условіяхъ утробной жизни: не было ли у матери во время беременности какихъ-нибудь болѣзней, моральныхъ потрясеній, не было ли гнетущихъ заботъ, не принимала ли она во время беременности наркотическихъ средствъ, не ушибалась ли сильно, своевременно ли произошли роды. Затѣмъ спрашиваете о самыхъ родахъ: не было ли асфиксіи новорожденнаго, не было ли наложенія щипцовъ, сильнаго кровотеченія изъ пуповины, ущемленія головки, не было ли поврежденія черепа младенца, не примѣнялся ли при родахъ хлороформъ. Затѣмъ вы переходите къ дѣтству больного: спрашиваете, кто его кормилъ, не пила ли кормилица, были ли младенческіе припадки, рано ли появились зубы, рано ли сталъ ходить и говорить,—словомъ не было ли признаковъ задержки развитія. Былъ ли ребенокъ капризенъ или нѣтъ, какъ реагировалъ на появленіе зубовъ, былъ ли онъ съ дѣтства общительный или нѣтъ, былъ ли подвижной или вялый, добрый или злой, привязчивый или равнодушный; когда его начали учить и какъ шло первоначальное обученіе. Затѣмъ вы касаетесь эпохи отрочества, совпадающей съ эпохой полового развитія. И у женщинъ, и мужчинъ эта эпоха имѣетъ большое значеніе, и очень часто признаки психопатической организаціи обнаруживаются именно въ это время. Вы разспрашиваете, не отмѣтилась ли эпоха полового развитія у больного какими-нибудь измѣненіями въ характерѣ, появленіемъ странностей, чудачествъ, стремленія къ одиночеству, мечтательности, чрезмѣрной религіозности, не было ли преждевременнаго проявленія половыхъ влеченій, онанизма, какихъ-нибудь безнравственныхъ поступковъ или чрезмѣрныхъ увлеченій — религіозныхъ, эротическихъ, не замѣчалось ли въ это время появленія лѣности, ослабленія способности къ ученію. Спрашиваете вообще объ ученіи, когда началось обученіе, съ какихъ лѣтъ, при какой обстановкѣ, какъ учился. Относительно этого періода нужно по возможности точно установить, когда начались менструаціи у женщинъ, когда измѣнился голосъ, когда явились поллюціи у мальчиковъ.

Если дѣло идетъ о взросломъ человѣкѣ, то вы узнаете о свойствахъ его характера, стараетесь опредѣлить умственный складъ,

способности, сообразительность, склонность къ фантазіи, степень возбудимости душевнаго чувства, привязчивости, доброты или жестокости, нравственной устойчивости, спрашиваете о преобладающихъ интересахъ и влеченіяхъ, о склонности къ интересамъ умственнымъ, общественнымъ, религіознымъ или къ удовольствіямъ, къ эгоизму или къ заботѣ о другихъ, узнаете о степени самостоятельности, стойкости характера, силѣ воли, способности трудиться,—о существованіи тѣхъ или другихъ странностей, предразсудковъ, навязчивыхъ идей, непреодолимыхъ влеченій, силѣ привычекъ, о вспыльчивости, раздражительности,—словомъ о всѣхъ психическихъ особенностяхъ человѣка и о тѣхъ перемѣнахъ въ его характерѣ, которыя замѣчались въ различные періоды жизни больного.—Тутъ же нужно составить себѣ ясное представленіе о всей внѣшней исторіи жизни больного, объ экономическихъ и другихъ условіяхъ жизни, о количествѣ и качествѣ труда, достаточности отдыха, объ его семейной жизни, характерѣ окружающихъ лицъ, объ условіяхъ половой жизни, объ образѣ жизни вообще. При этомъ особенное вниманіе нужно обращать на образъ жизни и условія какъ моральныя, такъ и физическія, которыя окружали больного въ періодъ времени незадолго до заболѣванія. Нужно отмѣтить, не было ли моральныхъ потрясеній, не было ли гнетущихъ заботъ, былъ ли удовлетворенъ своей жизнью и дѣятельностью.

Составивши такимъ образомъ представленіе о біологическихъ и психологическихъ особенностяхъ человѣка, вы должны составить себѣ представленіе о томъ, не было ли изъ перенесенныхъ больнымъ въ теченіе его жизни такихъ болѣзней, которыя могли бы вліять на его психическую организацію. Вы разспрашиваете о всѣхъ болѣзняхъ, перенесенныхъ больнымъ, и начинаете, конечно, съ вопроса о томъ, не страдалъ ли онъ раньше какою-нибудь психическою болѣзнью и если страдалъ, то когда, въ какой формѣ и гдѣ лѣчился, какія послѣдствія оставила болѣзнь, сознавалъ ли по выздоровленіи свое разстройство, какъ относился къ своему заболѣванію и врачамъ; при этомъ нужно отмѣтить, существуетъ ли сходство между прежними заболѣваніями и теперешнимъ. Затѣмъ вы спрашиваете о нервныхъ болѣзняхъ какъ органическихъ, такъ и функціональныхъ: не страдалъ ли головными болями, невралгіями, истеріей, судорожными припадками, хореей, неврастеніей. Послѣ того вы переходите къ вопросу о другихъ болѣзняхъ, причемъ вы особенное вниманіе обращаете:

1) на болѣзни, повышающія раздражительность нервной системы, напр., на болѣзни половыхъ органовъ (причемъ у женщинъ освѣдомляетесь о регулахъ и ихъ вліяніи на настроеніе больной, о

беременности, родахъ, кормленіи), на болѣзни кишечника, на существованіе глистовъ, желчныхъ камней и другихъ болѣзней, могущихъ вызвать общее раздраженіе нервной системы;

2) на болѣзни истощающія, острыя (тифъ, пневмонія и пр.) и хроническія (чахотку, хроническій ревматизмъ, подагру, левкемію, хлорозъ, сахарное мочеизнуреніе, уремію);

3) на болѣзненныя разстройства, вліяющія на кровообращеніе въ головѣ, каковы сердечныя страданія, страданія сосудовъ, геморроидальныя явленія;

4) на то, не было ли у больного ушибовъ головы или страданій уха, глаза или носа;

5) не было ли сифилиса и если былъ, то чѣмъ онъ выражался, когда и какъ лѣчился;

6) не было ли какихъ-нибудь интоксикацій (алкоголь, табакъ, морфій, профессіональное отравленіе);

7) не было ли длительныхъ кожныхъ болѣзней и язвъ, исчезнувшихъ передъ психическимъ заболѣваніемъ;

8) не было ли вообще болѣзней, которыя могли бы вызвать аутоинтоксикацію, напр., страданія почекъ, щитовидной железы, какого-нибудь нагноенія, септицеміи.

Разспросивши окружающихъ больного, слѣдуетъ спросить, нѣтъ ли какихъ-нибудь писаній больного и подробно разсмотрѣть ихъ и сравнить съ описаніями больного въ періодъ здоровья. Письма и рисунки больныхъ часто даютъ очень цѣнный матеріалъ для діагностики. Очень полезно посмотрѣть на фотографическія карточки больного за нѣсколько лѣтъ до заболѣванія; иногда нужно видѣть и фотографіи его ближайшихъ родственниковъ.

Въ приложеніи къ этому курсу находится опросный листъ, которымъ пользуются для собиранія анамнеза въ Московской психіатрической клиникѣ. Онъ особенно пригоденъ для начинающихъ свою дѣятельность врачей, еще не совсѣмъ привыкшихъ держать въ сознаніи всю схему разспросовъ. Кромѣ того онъ удобенъ и тѣмъ, что его можно дать родственникамъ больного на домъ, чтобы они, не стѣсняясь временемъ, могли написать соотвѣтствующіе отвѣты.

Составивши такимъ образомъ представленіе о предшествующемъ состояніи больного, вы можете приступить къ опредѣленію настоящаго состоянія (Status praesens). Должно впрочемъ сказать, что очень часто приходится полный анамнезъ собирать послѣ осмотра самого больного, а передъ осмотромъ ограничиваться краткими свѣдѣніями о началѣ данной болѣзни; но во всякомъ случаѣ, чѣмъ обстоятельнѣе бу-

дутъ ваши предварительныя свѣдѣнія, тѣмъ болѣе прочна будетъ у васъ почва при изслѣдованіи самого больного.

Изслѣдованіе настоящаго состоянія (Status praesens). Приступая къ опредѣленію настоящаго состоянія больного, вы должны постараться прежде всего опредѣлить, насколько онъ понимаетъ окружающее и насколько будетъ понимать вашъ разговоръ съ нимъ. Это нужно для того, чтобы при разговорѣ сразу попасть въ вѣрный тонъ, не обращаться къ больному, хорошо понимающему окружающее, съ такими словами, какъ будто онъ совсѣмъ безсмысленный.

Поэтому обыкновенно, прежде чѣмъ начать разговоръ съ больнымъ, нужно *по первому взгляду* опредѣлить категорію, къ которой принадлежитъ онъ. Это дѣлается на основаніи измѣненія въ мимикѣ больного, въ его манерахъ, позѣ, степени его подвижности. Больной, находящійся въ возбужденіи, уже сразу обнаруживаетъ себя то въ чрезмѣрной живости, экспансивности, въ откровенности, въ обиліи жестовъ, въ особенностяхъ костюма, то—при болѣе сильномъ возбужденіи—въ безпорядочности и разнузданности движеній, въ крикахъ, безсвязной рѣчи, въ полномъ безпорядкѣ одежды. Больные другой категоріи находятся въ подавленномъ состояніи и представляются то тихими, задумчивыми, сосредоточенными въ себѣ, съ выраженіемъ тоски и страха на лицѣ, то совершенно безучастными, какъ бы не понимающими окружающаго, какъ бы отупѣлыми. Наконецъ, третью категорію больныхъ составляютъ такіе, которые по внѣшности не представляютъ рѣзко выраженныхъ особенностей въ сравненіи съ здоровыми людьми и которые держатъ себя и говорятъ почти какъ здоровые; только нѣсколько особенная мимика и особенный оттѣнокъ въ глазахъ часто даютъ врачу возможность опредѣлить, что душевная дѣятельность ихъ не въ порядкѣ.

Все это опредѣляется, какъ я сказалъ, по первому взгляду. Этотъ первый взглядъ въ практикѣ опытныхъ психіатровъ имѣетъ очень большое значеніе. Часто имъ сразу опредѣляется не только категорія, къ которой больной принадлежитъ, но и цѣлый рядъ другихъ деталей чрезвычайно важныхъ. Такъ, съ перваго взгляда опредѣляется общее состояніе сложенія, несоотвѣтствіе возраста больного съ его внѣшнимъ видомъ, неправильности въ строеніи туловища, кифозъ, нѣкоторые рѣзкіе пороки развитія, карличій и гигантскій ростъ. У дегенерантовъ рѣзко бросается въ глаза неправильная форма головы, ушей, зубовъ; у ступорозныхъ больныхъ — отупѣлость выраженія лица, неподвижность взгляда, вытянутыя губы, слѣды слюнотеченія, иногда нечистоплотность головы, зубовъ, ушей; у меланхоликовъ—ихъ подавленный видъ людей, неспособныхъ къ воспріятію чего-либо пріятнаго,

или слѣды ссадинъ на шеѣ, какъ попытки самоубійства, у маніака— безпорядокъ въ одеждѣ, чрезмѣрная живость выраженія лица, обильная жестикуляція; у паралитиковъ—маскообразность ихъ лица, неловкость движеній; у слабоумныхъ и первично помѣшанныхъ—или выраженіе подозрительности, осторожности, или странность въ костюмѣ — какія-нибудь старомодныя одѣянія или придуманныя ими самими ордена и другія украшенія. У нѣкоторыхъ больныхъ сразу бросаются въ глаза синяки подъ глазами, слѣды ушибовъ, и вы заключаете изъ этого, что больной, вѣроятно, безпокоенъ и требуетъ особеннаго ухода. Бѣглымъ взглядомъ окидываетъ обыкновенно психіатръ, прежде чѣмъ приступить къ распросу, и обстановку больного. Безпорядокъ въ комнатѣ, разбросанныя книги, бумажки съ записками, мебель, вся занятая разными вещами, свидѣтельствуютъ о суетливости обитателя, слѣды поломовъ—о разрушительныхъ наклонностяхъ во время буйства, слѣды предосторожности отъ того, чтобы кто-нибудь не вошелъ—объ идеяхъ преслѣдованія. Много даетъ указаній и состояніе одежды больного,— аккуратность одежды или нечистота ея, отсутствіе пуговицъ, стремленіе къ обнаженію, къ кокетству въ одеждѣ и прическѣ. Дурной запахъ, исходящій отъ больного, указываетъ на наклонность къ нечистоплотности и требованіе старательнаго ухода.

Все это даетъ возможность составить предварительное представленіе о томъ, съ кѣмъ приходится имѣть дѣло.

Первыя слова, обращенныя къ больному, и реакція больного на нихъ, его голосъ и интонація разъясняютъ вамъ еще болѣе состояніе, а также степень пониманія больного. Обыкновенно первыя слова должны быть самыя обыденныя, простыя, вродѣ такихъ: „здравствуйте", „пожалуйста присядьте", или: „какъ вы себя чувствуете", „какъ ваше здоровье?" Затѣмъ мало-по-малу вы переходите къ разговору съ больнымъ. Лучше всего сначала задать нѣсколько вопросовъ о соматическомъ здоровьѣ; тогда больной,—конечно, если онъ что-нибудь понимаетъ,—легче освоится съ вами, будетъ относиться къ вамъ какъ къ врачу, и вамъ удобнѣе будетъ направлять разговоръ по вашему желанію

Разговаривая съ больнымъ, вы должны имѣть въ виду опредѣлить уровень его пониманія, состояніе умственныхъ способностей, содержаніе бредовыхъ идей, состояніе душевнаго чувства и воли. Конечно, трудно придерживаться опредѣленнаго плана разговора, такъ какъ больной часто отвѣчаетъ не на ваши вопросы, а говоритъ самъ Если это такъ, то лучше всего оставить больного говорить, не прерывая его, а только изрѣдка напоминая ему о темѣ разговора, если онъ слишкомъ удаляется отъ того, о чемъ вамъ хочется его распро-

сить. Уже самая манера рѣчи, уклоненія въ сторону, непослѣдовательность—будутъ для васъ служить важнымъ указаніемъ на свойства болѣзни. Если больной самъ неболтливъ, то приходится задавать ему послѣдовательно вопросы, касаясь по возможности различныхъ сторонъ жизни; разспрашивая, откуда больной пріѣхалъ, сколько времени онъ находится въ больницѣ, кто его родные, чѣмъ онъ занимался самъ, — легко опредѣлить приблизительную степень интеллектуальной дѣятельности, наприм., сохраненіе памяти, сообразительности, степени внимательности и замѣтить признаки неправильнаго отношенія къ чему-нибудь.

Само собою разумѣется, что опытность разспрашивающаго тутъ можетъ имѣть большое значеніе. Иногда можно по манерѣ, по нѣкоторымъ особенностямъ въ разговорѣ догадаться о бредѣ больного, прежде чѣмъ онъ о немъ самъ скажетъ, и тогда можно направить разговоръ именно въ эту сторону. Такъ, если на основаніи какихъ-нибудь данныхъ можно заподозрить, что больной имѣетъ идеи преслѣдованія, то иногда вопроса о голосахъ, говорящихъ ему черезъ телефоны, или прямого вопроса о „врагахъ", „клеветникахъ", „шпіонахъ" или о „намекахъ", „насмѣшкахъ" на его счетъ, — достаточно, чтобы больной, для котораго нѣкоторыя слова имѣютъ *особенное* значеніе, соотвѣтствующее тому, о чемъ не оставляетъ его мысль—обнаружилъ передъ вами весь свой бредъ. При меланхоліи достаточно иногда немногихъ словъ больного, чтобы понять его состояніе, и затѣмъ, начавъ съ нимъ говорить соотвѣтственно съ его мыслями, сразу доказать ему, что вы хорошо понимаете его состояніе, и пріобрѣсть его полное довѣріе.

Нужно прибавить, что, разговаривая съ больнымъ, слѣдуетъ быть ***очень внимательнымъ къ своимъ собственнымъ словамъ.*** Нужно остерегаться употреблять несоотвѣтствующій тонъ, остерегаться употреблять много лишнихъ словъ, ненужно быть очень назойливымъ въ разспросахъ, не нужно изображать притворной ласковости; нужно быть при этомъ терпѣливымъ, выжидать удобную минуту, когда можно заговорить о какомъ-нибудь щекотливомъ предметѣ, ободрять больного въ случаѣ его конфузливости, не прерывать въ случаѣ возбужденной рѣчи. Смѣяться надъ словами больного, конечно, не слѣдуетъ, за исключеніемъ того, когда вы своей улыбкой или усмѣшкой хотите ободрить самого больного. Непритворное ласковое обращеніе съ ободрительно серьезнымъ отношеніемъ къ тому, что заставляетъ больного страдать, иногда разумная шутка, живой интересъ къ тому, что́ говоритъ больной—все это часто сразу сближаетъ больного съ врачомъ и открываетъ послѣднему то, что при другомъ обращеніи нельзя было бы открыть.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ, когда больной очень скрытенъ и не

высказываетъ своего бреда, можно попытаться вызвать (конечно очень осторожно) у больного легкое аффективное состояние, во время котораго часто бредъ прорывается наружу.

Разъ больной разговорится, приходится обыкновенно долго продолжать разговоръ — съ одной стороны для того, чтобы не обидѣть больного скорымъ прекращенiемъ разговора, а съ другой — и потому, что можетъ быть въ другой разъ уже и не придется добиться отъ больного такой разговорчивости.

Разговоръ съ больнымъ даетъ очень много матерiала для дiагностики страданiя. Но бываютъ нерѣдко случаи, когда больные почти ничего или буквально ничего не говорятъ. Въ такихъ случаяхъ уже это молчанiе само по себѣ составляетъ одинъ изъ признаковъ своеобразнаго душевнаго состоянiя. Большею частью по другимъ признакамъ, напр., по выраженiю лица, по манерамъ, жестамъ, взглядамъ больного, бросаемымъ въ стороны, вы можете опредѣлить, отъ чего зависитъ эта молчаливость—отъ простого ли нежеланiя, упорства или отъ подавленiя интеллекта, или отъ тоски, или отъ галлюцинацiй и бреда.

При разговорѣ съ больнымъ весьма важно узнать отъ него самого о томъ, насколько онъ чувствуетъ себя нездоровымъ, сознаетъ ли болѣзнь; очень полезно знать отъ самого больного разсказъ о развитiи его болѣзни. Многiе больные и не сознавая себя больными могутъ очень хорошо разсказать о своей прошлой жизни, о перенесенныхъ ими болѣзняхъ, объ испытанныхъ ощущенiяхъ и смѣнѣ мыслей. Такой анамнезъ, собранный отъ самого больного, во многихъ случаяхъ значительно пополняетъ анамнезъ собранный отъ окружающихъ, а иногда составляетъ и единственный источникъ, изъ котораго можно узнать о прошломъ больного.

Во время разговора съ больнымъ врачъ всегда внимательно слѣдитъ за поведенiемъ больного, за его подвижностью, за измѣненiемъ его жестикуляцiи, за манерой говорить, словомъ за всѣми двигательными проявленiями больного. Однако нужно помнить, что во *время разговора съ врачомъ* очень часто поведенiе больного бываетъ совсѣмъ не то, какое бываетъ въ обычномъ состоянiи, и врачъ, заключившiй о тѣхъ или другихъ свойствахъ характера поведенiя больного только по тому, что онъ видитъ при *личномъ осмотрѣ*,—можетъ впасть въ глубокое заблужденiе. Вѣрное представленiе о поведенiи больного можно составить, или проводя съ нимъ все время вмѣстѣ, или тщательно разспрашивая окружающихъ и ухаживающихъ за нимъ лицъ

Узнавъ то, что возможно, изъ разговора съ больнымъ, слѣдуетъ

произвести обстоятельное физическое изслѣдованіе его. Иногда его лучше произвести даже ранѣе подробнаго разговора съ больнымъ. Это именно въ тѣхъ случаяхъ, когда вы желаете внушить больному убѣжденіе, что интересуетесь имъ именно съ медицинской точки зрѣнія, относитесь какъ врачъ. Иной разъ это бываетъ нужно и для другихъ цѣлей. Такъ, если является сомнѣніе, нѣтъ-ли у больного съ собою какого-нибудь оружія, которое онъ хранитъ въ карманахъ, то иногда приходится начать дѣло съ физическаго изслѣдованія, попросить больного раздѣться, снять сюртукъ и сорочку для выслушиванія и въ это время, отвлекши его вниманіе, дать возможность кому нибудь изъ присутствующихъ незамѣтно осмотрѣть снятое платье. Производство подробнаго физическаго изслѣдованія вообще часто даетъ возможность воспользоваться этимъ временемъ или для переодѣванія больного (напр., при первомъ вступленіи его въ больницу), для осмотра одежды и вещей, которыхъ онъ прямо не хочетъ отдавать, и которыя онъ-же оставитъ довольно спокойно, будучи увѣренъ, что раздѣвается для того, чтобы дать себя выслушать. Конечно, это удается не у всѣхъ больныхъ, а лишь у такихъ, у которыхъ мышленіе довольно поверхностно и вниманіе легко отвлекается.

Производя физическое изслѣдованіе, нужно помнить, что психическія болѣзни находятся въ тѣсномъ отношеніи съ физическими измѣненіями. Мы знаемъ уже, что многія физическія явленія бываютъ и проявленіями психическаго разстройства и его причинами; они могутъ придавать извѣстный характеръ душевному разстройству, могутъ быть и важными осложненіями, которыя измѣняютъ кореннымъ образомъ предполагаемый исходъ болѣзни. Зная это, нужно по возможности подробно остановиться даже на такихъ физическихъ уклоненіяхъ отъ нормы, которыя кажутся самыми незначительными. Уже при самомъ поверхностномъ изслѣдованіи необходимо въ каждомъ случаѣ опредѣлить состояніе зрачковъ, характеръ рѣчи и движеній, изслѣдовать пателлярные рефлексы; узнать, какъ идетъ питаніе организма, степень истощенія, какъ ѣстъ больной, что́ ѣстъ, что́ изъ пищи особенно любитъ, какъ дѣйствуетъ кишечникъ (когда и какъ въ послѣдній разъ слабило), какъ идетъ моча, спросить, когда мочился и ощупать, нѣтъ-ли растяженія наполненнаго мочею пузыря, изслѣдовать мочу, у женщинъ узнать время послѣднихъ регулъ, изслѣдовать сердце и дыхательные органы; даже при поверхностномъ изслѣдованіи необходимо въ каждомъ случаѣ измѣрить температуру тѣла. Очень многіе врачи недостаточно настойчиво слѣдуютъ этимъ правиламъ, ссылаясь на то, что у нѣкоторыхъ больныхъ нельзя измѣрить температуру

вслѣдствіе безпокойства больного. Я не знаю ни одного случая, гдѣ бы даже самое сильное возбужденіе могло воспрепятствовать мнѣ измѣрить температуру. Нужно только дѣлать это самому, все время держа термометръ за верхній конецъ и внимательно слѣдя за больнымъ, чтобы не дать ему неожиданнымъ движеніемъ разбить термометръ. Наконецъ, можно употреблять особый термометръ—металлическій; но температуру нужно внимательно мѣрить у душевно-больныхъ, иначе могутъ быть серьезныя ошибки. У очень безпокойныхъ больныхъ необходимо осмотрѣть поверхность тѣла, опредѣлить слѣды ушибовъ и узнать, нѣтъ-ли поврежденій костей.

Само собою разумѣется, что при малѣйшей возможности нужно не ограничиваться поверхностнымъ изслѣдованіемъ, а изслѣдовать самымъ тщательнымъ образомъ весь организмъ и произвести расспросъ о состояніи всѣхъ органовъ, точно также какъ произвести полное объективное изслѣдованіе. Въ виду этого психіатру необходимо быть хорошо знакомымъ со всѣми методами изслѣдованія нервной системы и другихъ органовъ тѣла, чтобы по возможности безъ помощи спеціалиста быть въ состояніи отмѣтить уклоненія, которыя встрѣчаются у больного. Я особенно обращаю вниманіе на это молодыхъ врачей; при современной наклонности къ дробленію медицины является часто стремленіе предоставить изслѣдованіе каждой системы особому спеціалисту, вслѣдствіе чего часто врачъ считаетъ себя отвѣтственнымъ только за изслѣдованіе по своей спеціальности; отсюда происходитъ чрезвычайная односторонность, суживающая пониманіе врача и ставящая его въ положеніе безпомощности передъ больнымъ, у котораго онъ долженъ лѣчить не одну какую нибудь болѣзнь, а весь организмъ. Поэтому я настойчиво совѣтую начинающимъ психіатрамъ считать себя обязанными знать хорошо всѣ способы изслѣдованія, имѣть въ качествѣ настольныхъ книгъ хорошія руководства по діагностикѣ, патологіи и терапіи разныхъ болѣзней и въ каждомъ случаѣ стараться самостоятельно выяснить себѣ измѣненія въ организмѣ, хотя-бы и не относящіяся къ его спеціальности. Кто съ молоду пріобрѣтетъ себѣ привычку въ каждомъ случаѣ прочесть все, что есть подъ руками по поводу того или другого встрѣтившагося болѣзненнаго явленія и обдумать значеніе каждаго симптома, тотъ уже всегда будетъ научно и вдумчиво относиться ко всѣмъ сторонамъ больного организма.

Въ виду того, что методы изслѣдованія физическихъ проявленій организма излагаются въ спеціальныхъ руководствахъ, которыя должны быть хорошо изучены психіатромъ, я и не стану вдаваться въ подробное изложеніе способовъ изслѣдованія, которые нужно примѣнять къ

душевно-больнымъ такъ же, какъ ко всѣмъ другимъ людямъ, и ограничусь лишь указаніемъ на направленіе изслѣдованія. Одно изъ первыхъ правилъ при тщательномъ изслѣдованіи должно быть, между прочимъ, то, чтобы при изслѣдованіи того или другого органа, кромѣ констатированія настоящаго состоянія, опредѣлить и его прошедшее (анамнезъ органовъ данной системы); второе—нужно изслѣдовать всѣ системы и органы и отмѣчать находимое по возможности тотчасъ и точно. Только при этомъ мы, если въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни замѣтимъ какое-нибудь новое явленіе въ томъ или другомъ органѣ, будемъ знать, что оно появилось именно въ теченіи болѣзни, а не прошло незамѣченнымъ раньше. Сколько разъ приходилось мнѣ, найдя при изслѣдованіи какое-нибудь измѣненіе въ организмѣ—даже очень грубое,—получать отъ пользующаго врача неопредѣленный отвѣтъ относительно времени появленія даннаго измѣненія; но при тщательномъ и систематическомъ изслѣдованіи всѣхъ органовъ, вошедшемъ въ привычку врача, это можетъ встрѣтиться лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Чтобы это правило не позабывалось даже при сравнительно краткомъ изслѣдованіи при амбулаторномъ пріемѣ въ Московской психіатрической клиникѣ записи о приходящихъ больныхъ дѣлаются на прилагаемыхъ въ концѣ книги бланкахъ.

Производя изслѣдованіе по системамъ, врачъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, конечно, можетъ вести его въ томъ или другомъ порядкѣ, смотря по обстоятельствамъ.

1. Нужно опредѣлить общее состояніе (ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе, строеніе костнаго скелета, развитіе жировой клѣтчатки, мышцъ, эластичность кожи).

2. Опредѣлить температуру тѣла и узнать колебанія ея въ теченіе дня.

3. Со стороны нервной системы: опредѣлить субъективныя явленія, жалобы на боли, парестезіи: изслѣдовать, насколько они самостоятельны и усиливаются при давленіи (на черепные швы, позвоночникъ, межреберные и другіе нервы); опредѣлить состояніе чувствительности тактильной, болевой, температурнаго чувства, мышечнаго чувства и давленія. При этомъ слѣдуетъ каждый разъ на соотвѣтствующихъ схематическихъ рисункахъ, указывающихъ области иннервируемыя тѣмъ или другимъ нервомъ, отмѣчать найденныя измѣненія. Нужно изслѣдовать состояніе движеній въ конечностяхъ, опредѣлить, нѣтъ-ли судорогъ, контрактуръ, фибриллярныхъ подергиваній, нѣтъ-ли разстройства координаціи, дрожанія при разставленіи пальцевъ, при активныхъ движеніяхъ, или при волненіи, или при полномъ покоѣ. Опредѣлить,

есть-ли шаткость съ закрытыми глазами (симптомъ Romberg'а), качество походки. Нужно опредѣлить силу движеній въ разныхъ отдѣлахъ мускуловъ (по возможности отмѣтить въ цифрахъ по динамометру), ловкость движеній, изслѣдовать почеркъ и сравнить его съ прежнимъ. При изслѣдованіи рѣчи нужно опредѣлить, насколько правильны фонація и артикуляція. Нѣтъ-ли признаковъ афазіи, правильно ли называетъ больной предметы, не усиливается-ли разстройство рѣчи при чтеніи, какъ читаетъ больной, понимаетъ-ли прочитанное, какъ пишетъ (проба письма самостоятельнаго, подъ диктовку и списыванія).

Имѣя въ виду функціи всѣхъ черепныхъ нервовъ, нужно произвести изслѣдованіе всѣхъ ихъ чувствующихъ и двигательныхъ отправленій: опредѣлить движенія глазъ, признаки страбизма, дрожанія въ глазахъ, двойственность изображенія, величину глазной щели, признаки опущенія верхняго вѣка или отсталости при движеніяхъ, состояніе зрачковъ, реакцію ихъ на свѣтъ, аккомодацію и конвергенцію, расширеніе при закрываніи глазъ. Изслѣдовать состояніе лицевого нерва, равномѣрность иннерваціи съ обѣихъ сторонъ, дрожаніе и подвижность мышцъ лица при мимикѣ, смѣхѣ, при показываніи дёсенъ, изслѣдовать состояніе мягкаго неба при фонаціи и при прикосновеніи (рефлексы мягкаго неба), отклоненіе языка, дрожаніе въ немъ, атактическія движенія. Нужно изслѣдовать рефлексы (пателлярный, ахиллова сухожилія, стопной феноменъ, рефлексъ кремастера, брюшной, локтевой, лицевой феноменъ, нёбный феноменъ, кожные рефлексы), идіомускулярную сократительность (на двуглавой мышцѣ), питаніе мышцъ, электросократительность индуктивную и гальваническую. Далѣе, слѣдуетъ опредѣлить вазомоторную функцію нервной системы (похолоданіе, ціанозъ, мѣстная асфиксія, покраснѣніе, дерматографизмъ), трофическую, отдѣлительную (слюнотеченіе и пр.). Нужно составить себѣ представленіе о состояніи органовъ чувствъ,—изслѣдуется обоняніе съ обѣихъ сторонъ, вкусъ, слухъ, (отоскопическое изслѣдованіе, проводимость звука, иногда электрическое изслѣдованіе), зрѣніе (острота, поле зрѣнія для различнаго цвѣта при помощи периметра, офтальмоскопическое изслѣдованіе).

Сонъ, его свойство, сновидѣнія.

Органы пищеваренія—аппетитъ, голодъ, жажда, обложенность языка, состояніе зубовъ,—актъ жеванія, глотаніе, состояніе зѣва, миндалинъ. Диспептическія явленія, тошноты, рвоты (изслѣдованіе содержимаго на желудочный сокъ), состояніе кишечника, правильность дефекаціи (качество кала, изслѣдованіе на паразитовъ), геморроидальныя явленія, состояніе печени, величина болѣзненности при давленіи, объемъ живота, метеоризмъ, субъективныя жалобы.

Органы мочевые.—Количество и качество мочи—тщательный анализъ ея, состояніе уретры, почекъ (подвижность почекъ).

Половые органы. Нужно составить представленіе о половыхъ функціяхъ, о развитіи половыхъ органовъ, у женщинъ о регулахъ, (количествѣ, качествѣ, времени, болѣзненности), о беременности, родахъ, о болѣзняхъ въ половой сферѣ. Гинекологическое изслѣдованіе слѣдуетъ производить во всѣхъ случаяхъ *послѣродовыхъ* психозовъ. Въ другихъ же случаяхъ нужно руководствоваться настоятельностью требованія и принимать въ соображеніе возможность вліянія этого изслѣдованія на психическую сферу. У дѣвушекъ это изслѣдованіе должно производиться съ особенною осторожностью, лучше всего черезъ женщину-врача,—съ одной стороны въ видахъ необходимости сохраненія врачебной тайны, если окажется, что дѣвственность уже нарушена, а—съ другой и потому, что на дѣвушекъ такое изслѣдованіе производитъ особенное впечатлѣніе грубаго насилія; наконецъ и для того, чтобы избѣжать могущихъ возникнуть обвиненій какъ со стороны больной, такъ и родственниковъ. Во многихъ случаяхъ у замужнихъ женщинъ нужно производить изслѣдованіе влагалищной слизи на микробы Нейссера (бленноррея). У мужчинъ осмотръ половыхъ органовъ даетъ указаніе на форму ствола, состояніе praeputii, состояніе мошонки. Весьма важно сдѣлать этотъ осмотръ также для опредѣленія, не существуетъ-ли у поступающаго больного въ данный моментъ заразительной формы сифилиса или триппера; изслѣдованіе полового члена и паховой области помогаетъ также дополнить свѣдѣнія о заболѣваніи больного сифилисомъ, что крайне важно.

Со стороны органовъ кровообращенія—должны быть отмѣчены субъективныя явленія, размѣры сердца, распространеніе сердечнаго толчка, результаты выслушиванія; состояніе сосудовъ и пульса (изслѣдованіе сфигмометромъ и сфигмоманометромъ Баша). Само собою разумѣется, что, если есть какія нибудь указанія на страданіе сердца, нужно особенно тщательное изслѣдованіе для опредѣленія состоянія компенсаціи.

Со стороны органовъ дыханія должны быть отмѣчены результаты выслушиванія и выстукиванія, микроскопическое изслѣдованіе въ сомнительныхъ случаяхъ мокроты, типъ и характеръ дыханія.—Нужно тщательно изслѣдовать горло и носовую полость, какъ для опредѣленія состоянія раковинъ и аденоидныхъ разростаній, нерѣдко вызывающихъ нервныя разстройства, такъ и для опредѣленія состоянія Гайморовой полости и лобныхъ пазухъ, болѣзни которыхъ иногда вы-

зываютъ длительныя лихорадочныя состоянія и рефлекторныя явленія со стороны нервной системы.

Покровы тѣла должны быть тщательно изслѣдованы, какъ въ отношеніи окраски, состоянія отечности, такъ и слѣдовъ рубцовъ, различныхъ кожныхъ разстройствъ и состоянія волосъ и ногтей. Полезно опредѣлить температуру поверхности тѣла въ различныхъ частяхъ (на головѣ, на обѣихъ сторонахъ).

Железы должны быть тщательно изслѣдованы какъ лимфатическія, припухлость и затвердѣніе которыхъ является иногда единственнымъ остаткомъ перенесеннаго сифилиса, такъ и другія; во всѣхъ случаяхъ должно быть опредѣлено состояніе щитовидной железы и селезенки.

Изслѣдованіе костей и суставовъ должно быть произведено частью для того, чтобы своевременно замѣтить наличность переломовъ (реберъ, ключицы, лодыжекъ), частью страданій, зависящихъ отъ конституціональныхъ болѣзней (сифилисъ, артритизмъ, бленоррея).

Во всѣхъ случаяхъ нужно по возможности точнѣе констатировать, существуютъ или нѣтъ физическіе признаки дегенераціи, т. е. частью морфологическіе признаки, частью измѣненіе функцій, какъ, напр., заиканіе, пришепетываніе, картавость, ночное недержаніе мочи. При этомъ нужно не только отмѣтить существованіе признаковъ вырожденія, но старательно описать, въ чемъ они состоятъ; иначе указанія не имѣютъ существеннаго значенія, въ чемъ справедливо упрекаютъ психіатровъ нѣкоторые антропологи, какъ, напр., Петри. Для опредѣленія морфологическихъ признаковъ вырожденія необходимо тщательное изслѣдованіе (всестороннимъ осмотромъ, ощупываніемъ и, гдѣ возможно, измѣреніемъ) всего организма по порядку. Начавъ съ черепной части головы и осмотрѣвъ ее со всѣхъ сторонъ и даже сверху, ощупавъ ее и, если возможно, измѣривъ, перейти къ осмотру и измѣренію лица, ушей, глазъ, полости носа, полости рта, зубовъ, шеи, спины, туловища, рукъ, ногъ (причемъ особое вниманіе обращается на пальцы), у мужчинъ половыхъ органовъ. Не нужно оставлять безъ вниманія малѣйшихъ особенностей на кожѣ—родинокъ, бородавокъ; если встрѣтятся рубцы, нужно добиваться свѣдѣнія объ ихъ происхожденіи. Часто состояніе кожи укажетъ на многое и помимо уклоненій въ развитіи. Такъ, существованіе татуировки иногда указываетъ на странныя привычки больного; большое количество слѣдовъ отъ чирьевъ и нарывовъ часто даетъ возможность узнать о привычномъ впрыскиваніи морфія; шероховатость и морщинистость кожи рукъ нерѣдко даетъ возможность узнать, что у больного есть болѣзненная наклонность къ мытью рукъ; пальцы, испачканные въ крови,

у женщинъ въ менструальномъ періодѣ свидѣтельствуютъ объ онанизмѣ и т. д.

Перечисляя различныя явленія, на которыя нужно обращать вниманіе при физическомъ изслѣдованіи, я остановился лишь на наиболѣе существенныхъ. Само собою разумѣется, знаніе всего того, что было сказано о физическихъ симптомахъ при душевныхъ болѣзняхъ, объ осложненіяхъ и причинахъ болѣзней даетъ еще больше указаній на направленіе изслѣдованія, а хорошее знакомство съ методикой изслѣдованія поможетъ выполнить указываемыя требованія.

При клиническомъ веденіи дѣла часто считается необходимымъ произвести обстоятельное измѣреніе различныхъ частей тѣла больного, главнымъ образомъ его головы и лица. Это дѣлается съ одной стороны для опредѣленія уклоненія въ типѣ головы у душевно-больного и слѣдовательно для констатированія одного изъ признаковъ вырожденія, а съ другой—и для удовлетворенія требованію антропологіи, желающей имѣть данныя по измѣренію душевно-больныхъ.

Для антропологическихъ цѣлей производится цѣлый **рядъ измѣреній**,—нѣсколько различныхъ, смотря по школѣ, къ которой принадлежитъ антропологъ [1]). Французы руководятся большею частью указаніями Брока, нѣмцы указаніями Вирхова и такъ наз „франкфуртскимъ соглашеніемъ“. Пользуясь указаніями петербургскаго профессора Петри, я намѣчу лишь главныя стороны антропологическихъ измѣреній. По схемѣ Петри послѣ общихъ отмѣтокъ о тѣлосложеніи, окраскѣ кожи, окраскѣ радужной оболочки, формѣ глаза, цвѣтѣ и качествѣ волосъ на головѣ, бородѣ и тѣлѣ, о характерѣ лба, скулъ, носа, ушей, зубовъ и грудей, икръ, контуровъ руки и ногъ (которыя иногда очерчиваются карандашомъ на бумагѣ), половыхъ органовъ, другихъ особенностей и общаго впечатлѣнія типа,—обозначается обыкновенно рядъ цифръ, получаемыхъ въ результатѣ измѣреній всего тѣла и нѣкоторыхъ частей его Въ отношеніи тѣла измѣряется ростъ (въ сантиметрахъ отъ макушки до пола) въ стоячемъ и сидячемъ положеніи, высота наружнаго слухового отверстія отъ пола, высота акроміона отъ пола, длина плеча (отъ акроміона до локтевого сочлененія), длина предплечья (отъ локтевого сочлененія до шиловиднаго отростка лучевой кости), длина средняго пальца, длина бедра (отъ верхняго края бедра до конца наружнаго мыщелка бедреной кости), длина голени (отъ колѣннаго сочлененія до конца внутренней лодыжки), высота внутренней лодыжки, высота лоннаго соединенія до пола, діаметры таза, высота седьмого шейнаго позвонка до пола, высота верхняго края грудной кости, ширина плечъ между акроміонами и окружность груди метрической лентой, накладываемой горизонтально такъ, чтобы она лежала сзади подъ нижними углами лопатокъ, а у мужчинъ надъ сосками).

---

1) Изъ руководствъ по Антропологіи, существующихъ на русскомъ языкѣ, я могу указать: *Петри*. Антропологія, т I и II С-Пб *Топинаръ*, Антропологія, перев подъ ред Мечникова 1879. С.-Пб.

При измѣреніи головы опредѣляются. 1) передне-задній діаметръ, наибольшій длинникъ—разстояніе отъ нижняго края glabellae до наиболѣе выдающейся части затылочной кости, 2) діаметръ ширины (наибольшій поперечникъ)—между наиболѣе далеко отстоящими точками поперекъ черепа), 3) діаметръ высоты отъ верхняго края наружнаго слухового отверстія до точки зенита головы Всѣ эти размѣры опредѣляются такъ называемымъ толстотнымъ циркулемъ Матьё, дающимъ возможность опредѣлять разстояніе между концами двухъ вѣтвей циркуля въ миллиметрахъ 4) Горизонтальный обхватъ (горизонтальная полуокружность) измѣряется миллиметровой лентой, которая проходитъ спереди черезъ лобъ непосредственно надъ надбровными дугами (черезъ точку лба, называемую *ophryon*) и смыкается на наиболѣе выдающейся части затылочной кости (*extrem occipit*); 5) сагитальный обхватъ (вертикальная полуокружность) отъ корня носа (*nasion*) вдоль по сагитальному шву до наиболѣе выдающейся части затылочной кости измѣряется лентой, 6) вертикальный обхватъ (поперечная полуокружность) - отъ верхняго края ушного отверстія одной стороны черезъ наивысшую точку свода черепа (соединеніе вѣнечнаго шва со стрѣловиднымъ—*bregma*) до той же точки другой стороны (лентой). 7) высота лба—отъ корня носа до начала волосъ на лбу (измѣряется такъ наз. скользящимъ циркулемъ, устроеннымъ на подобіе хорошо знакомаго врачамъ эстезіометра Сивекинга, но гораздо бо́льшихъ размѣровъ); 8) наименьшая ширина лба между начатами полукружныхъ линій лба, у глазницъ (скользящимъ циркулемъ); 9) длина лица отъ корня носа до нижняго края подбородка (скользящимъ циркулемъ); 10) наибольшая ширина лица -между наибольшими выступами скуловыхъ костей (скользящимъ циркулемъ); 11) разстояніе между наружными углами глазницъ (скользящимъ циркулемъ); 12) разстояніе между внутренними углами глазницъ (скользящимъ циркулемъ); 13) продольный и поперечный діаметры глазницъ; 14) длина носа (отъ корня до прикрѣпленія носовой перегородки къ верхней губѣ) и ширина его (наибольшее отстояніе крыльевъ ноздрей) измѣряются скользящимъ циркулемъ; 15) длина и ширина неба (на живыхъ людяхъ, особенно больныхъ, опредѣленіе довольно неудобно); 16) ширина нижней челюсти (разстояніе между углами ея) измѣряется скользящимъ циркулемъ, причемъ ножка устанавливаются подъ нижнимъ краемъ челюсти; 17) длина и ширина уха.

Соотношенія нѣкоторыхъ измѣреній между собою даютъ такъ называемые индексы или показатели Такъ, напр., существуютъ показатели ширины головы (отношеніе между наибольшимъ длинникомъ и поперечникомъ), показатели высоты головы, (отношеніе длинника и высоты), показатели ширины уха, носа (отношеніе ихъ длины и ширины). При опредѣленіи показателей изъ двухъ данныхъ величинъ, бо́льшая величина принимается за 100 и высчитывается какой процентъ ея составляетъ меньшая величина: это и будетъ *показатель меньшей величины*

Кромѣ того опредѣляются обыкновенно различные „углы", образуемые тѣми или другими линіями, напр „лицевой уголъ", образуемый двумя линіями, одной отъ лба до прикрѣпленія носа къ верхней губѣ и другою отъ этой послѣдней точки до ушного отверстія Онъ измѣряется особымъ инструментомъ—гоніометромъ Брока-Жакара и опредѣляетъ величину прогнатизма

Чтобъ имѣть понятіе о величинѣ нѣкоторыхъ размѣровъ головы, наичаще опредѣляемыхъ, я приведу слѣдующія среднія цифры:

	У мужч	У женщ.
А) Окружности, измѣряемыя посредствомъ ленты:		
1 Горизонтальная окружность (Circumferentia horisontalis)	550 мм.	530 мм.
(Болѣе 570 мм у мужч. и 561 у женщинъ—макроцефалія или цефалонія; менѣе 520 у мужч и 500 у женщ.— микроцефалія).		
2. Продольный обхватъ (Curvatura antero-posterior) .	350	330
Б) Діаметры головы:		
1 Наибольшій длинникъ (Diameter antero-posterior maximus; отъ glabella до наиболѣе выдающейся точки затылка).	185	175
2. Наибольшій поперечникъ (Diameter transversus maximus)	150	140
3. Ширина между скуловыми отростками лобной кости (Diameter frontalis minimus)	110	110

4 Высота головы На живомъ человѣкѣ опредѣлить ее точно невозможно. Для приблизительнаго измѣренія пользуются такимъ пріемомъ: измѣряютъ разстояніе отъ верхняго края наружнаго ушного отверстія до высшей точки головы, поставленной въ такое положеніе, чтобы ея горизонтальная плоскость соотвѣтствовала горизонтальной плоскости, требуемой такъ называемымъ „франкфуртскимъ толкованіемъ“ для краніометрическихъ изслѣдованій [1]). Это разстояніе и должно, какъ показываетъ опытъ, соотвѣтствовать дѣйствительной высотѣ головы. Оно приблизительно равно 13 у мужчинъ и 12 у женщинъ.

В) Показатели головы:

1. Показатель ширины головы опредѣляется дѣленіемъ величины наибольшаго поперечника, помноженной на 100, на величину наибольшаго длинника: П. Ш $= \frac{П.\ 100}{Д}$.

2 Показатель высоты головы опредѣляется дѣленіемъ величины высоты, умноженной на 100, на величину наибольшаго длинника: П. В $= \frac{В\ 100}{Д}$.

По показателю широты черепа раздѣляются на слѣдующія группы:

	Показатель.
1. Dolichocephalia	75,00 и ниже
2. Subdolichocephalia.	75,01 до 77,77
3. Orthocephalia s mesati-cephalia.	77,78 до 80,00
4. Subbrachycephalia	80,01 до 83,33
5. Brachycephalia	83,34 и выше

[1]) Это будетъ такъ назыв. „нѣмецкая горизонтальная плоскость, опредѣляемая двумя прямыми линіями, которыя соединяютъ наиболѣе низкія точки нижнихъ краевъ глазныхъ впадинъ каждой стороны съ такою точкою верхняго края костнаго ушного прохода, которая приходится какъ разъ надъ срединою ушного отверстія“

По показателю высоты:	Показатель
1. Platycephalia	ниже 68
2. Subplatycephalia.	68 — 72
3. Mesocephalia	72,01 — 75
4. Hypsicephalia	75,01 — 79
5. Oxycephalia	выше 79

Всѣхъ приемовъ, употребляемыхъ для антропологическихъ изслѣдований, я здѣсь излагать не могу, такъ какъ это повело бы слишкомъ далеко Соотвѣтствующія свѣдѣнія можно найти въ учебникахъ Антропологіи, напр, въ Антропологіи Э. Ю Петри (т II, Соматическая Антропологія, 1897), и въ „Общихъ инструкціяхъ“ Брока, изданныхъ по русски А П. Богдановымъ (Извѣстія Антропологическаго отдѣленія О Л Е., 1865) Тамъ описаны и употребляемые для измѣреній приборы. Для психіатрическихъ цѣлей, вполнѣ достаточно имѣть приборъ для измѣренія роста (стойка съ вертикальной скалой), треугольникъ съ дѣленіями на горизонтальной сторонѣ, линейку, раздѣленную на милиметры, наугольникъ съ дѣленіями, циркули—толстотный и скользящій, гоніометръ и метрическую ленту Полезно имѣть также свинцовую проволоку или тесьму, при помощи которой можно очерчивать профили: такъ, напр, при желаніи снять сагитальный профиль головы крѣпко прижимаютъ свинцовую ленту въ соотвѣтствующемъ направленіи Такъ какъ свинецъ сохраняетъ приданную ему форму, то снявши осторожно свинцовую пластинку, положивши ее на бумагу, обведя карандашемъ, можно получить рисунокъ соотвѣтствующей кривой

Рисованіе кривыхъ линій при помощи свинцовой пластинки удается хорошо, впрочемъ, только тогда, когда линіи коротки, иначе свинецъ не сохраняетъ точно формы; нѣсколько облегчается дѣло, если мы намѣчаемъ заранѣе измѣренное разстояніе начальныхъ точекъ рисуемой кривой линіи и прикладываемъ концы свинцовой пластинки къ этимъ точкамъ Пользуясь этимъ принципомъ, профессоръ психіатріи въ Вюрцбургѣ, Ригеръ предложилъ особый способъ рисованія кривыхъ линій головы Для этого онъ беретъ двѣ нити, связываемыя по серединѣ такъ, чтобы онѣ образовали своими четырьмя концами крестъ. Къ концамъ всѣхъ нитей онъ привязываетъ по кусочку свинца (для тяжести) Затѣмъ крестъ накладывается такъ, чтобы средина его, т. е узелъ, находился на маковкѣ, а четыре конца, расположенные приблизительно подъ прямымъ угломъ, свисали съ четырехъ сторонъ головы. При этомъ соблюдается, чтобы передній конецъ приходился какъ разъ надъ спинкою носа, задній тогда придется надъ наружнымъ затылочнымъ возвышеніемъ, боковые могутъ прійтись или сзади, или спереди ушей (это все равно). Наложенныя такимъ образомъ нити Ригеръ закрѣпляетъ лентой (латунной) или обыкновеннымъ гуттаперчевымъ кольцомъ, которое располагается какъ разъ по предлагаемой имъ горизонтальной плоскости, проходящей черезъ надбровныя дуги наружный затылочный бугоръ (Protuberantia occipitalis externa) Пересѣченія этого горизонтальнаго кольца съ спускающимися нитями даютъ четыре точки, которыя отмѣчаются на кожѣ головы синимъ карандашемъ и которыя вмѣстѣ съ узловой точкой (на макушкѣ) даютъ пять обозначительныхъ точекъ (рис. 13)

Самый рисунокъ производится на бумагѣ, раздѣленной на квадратные миллиметры („миллиметровая бумага“). На ней наносятся сначала двѣ оси (произвольной длины)—продольная и поперечная подъ прямыми углами другъ

къ другу На точкѣ пересѣченія ихъ ставится О Затѣмъ толстотнымъ циркулемъ измѣряется длинный діаметръ изслѣдуемой головы отъ задней до передней обозначительной точки Полученная величина (число миллиметровъ) дѣлится пополамъ, и половина относится кпереди отъ О по продольной оси, половина кзади. Затѣмъ измѣряется поперечный діаметръ между боковыми обозначительными точками, и половина полученной величины относится направо отъ О, а другая налѣво. Такимъ образомъ получатся двѣ линии первая--AB и вторая—CD, пересѣкающіяся въ О. Послѣ этого измѣряется на головѣ тол-

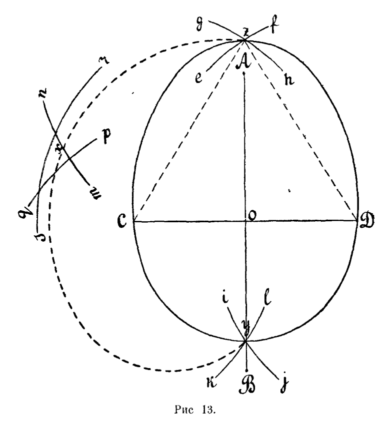


Рис 13.

стотнымъ циркулемъ разстояніе между переднеи обозначительной точки (на лбу) до боковой справа, и взявши это разстояніе, какъ радіусъ, рисуютъ циркулемъ изъ правой боковой точки D, какъ изъ центра, по направленію къ переднему плану бумаги, т. е вблизи точки A кривую ef Затѣмъ измѣряютъ разстояніе отъ передней обозначительной точки до лѣвой боковой и принимая его за радіусъ, а точку C за центръ, наносятъ на бумагу кривую gh. Точка пересѣченія кривыхъ ef и gh будетъ положимъ Z Тоже самое дѣлается по отношенію къ заднему отдѣлу головы Тамъ тоже получаются двѣ пересѣкающіяся вблизи точки B кривыя ij и kl, точка пересѣченія ихъ будетъ положимъ y. Линія соединяющая z и y должна быть по величинѣ равна AB, т е длинной оси

головы, но можетъ не совпадать съ нею по направленію: концы ея могутъ не приходиться къ концамъ АВ. Послѣ того берется свинцовая пластинка (или довольно толстая проволока изъ сплава свинца съ оловомъ), плотно прикладывается на голову къ одному изъ четырехъ квадрантовъ между горизонтальными обозначительными точками, и осторожно, чтобы она не измѣнила формы, переносится на бумагу, помѣщаясь своими концами какъ разъ на тѣ точки, которыя соотвѣтствуютъ обозначительнымъ точкамъ головы; послѣ того стоитъ обвести свинцовую пластинку карандашемъ и рисунокъ даннаго квадранта будетъ готовъ; тогда такимъ-же образомъ снимаютъ свинцовой пластинкой профиль другого квадранта и тоже наносятъ на бумагу между соотвѣтствующими точками. Снявши всѣ четыре квадранта, мы получимъ рисунокъ горизонтальной окружности головы, довольно точный.

Аналогично этому можно нанести на бумагу мѣсто нахожденія узла на макушкѣ; для этого стоитъ только измѣрить разстояніе отъ него до передней и задней обозначительной точекъ и принимая полученныя разстоянія за радіусы, провести соотвѣтствующія очертанія, сначала принимая за центръ точку A, а потомъ точку B. Мы получимъ двѣ пересѣкающіяся дуги m n и др. Затѣмъ мы беремъ разстояніе D z или C z (если они равны, а если неравны то половину ихъ суммы) и принимая его за радіусъ, а точку O за центръ, проводимъ дугу r s эта дуга вмѣстѣ съ дугами q p и m n. образуетъ треугольникъ, въ которомъ мы беремъ приблизительную срединную точку *X*. Эта точка *X* и будетъ соотвѣтствовать узловой обозначительной точкѣ на макушкѣ. Тогда стоитъ только наложить свинцовую пластинку сначала на передній отдѣлъ головы отъ лобной точки до узла, перенести свинцовую пластинку на бумагу, обвести карандашемъ; сдѣлать тоже относительно кривой отъ узла до затылочнаго пункта и получится профиль сагитальнаго полуобхвата (на рисункѣ онъ обозначенъ пунктирнымъ).

Точно такимъ путемъ можно нарисовать и рядъ другихъ кривыхъ, соотвѣтствующихъ тому или другому желаемому профилю головы; всѣ онѣ будутъ имѣть въ основѣ одну и ту-же плоскость и будутъ въ извѣстномъ отношеніи къ точкѣ O. Можно изъ картона вырѣзать пластинки, какъ разъ соотвѣтствующія фигуръ, обозначаемой той или другою кривою профиля головы, и изъ такихъ пластинокъ, соотвѣтственнымъ образомъ расположенныхъ, составить модель главныхъ плоскостей черепной части изслѣдуемой головы.

Способъ Ригера представляетъ извѣстныя удобства, но недостатокъ его тотъ, что трудно сравнивать между собою полученныя отъ разныхъ головъ рисунки; это обусловливается тѣмъ, что кривыя профилей представляютъ лишь рисунки, а не результаты измѣреній отъ какой нибудь одной точки. По мнѣнію извѣстнаго антрополога Терека, только тогда измѣреніе головы будетъ научно, когда мы представимъ ее какъ часть шара, условимся принять какую-нибудь точку внутри ея за центръ и будемъ измѣрять длину радіусовъ отъ этого центра къ выдающимся точкамъ головы.— Правда, такое измѣреніе и на черепѣ чрезвычайно кропотливо, а на живомъ— въ точности и невозможно, но все-таки нужно поставить принципъ Терека за идеалъ, къ которому слѣдуетъ стремиться, и въ этомъ отношеніи способъ Ригера неудовлетворителенъ, такъ какъ тамъ срединная точка *O* вовсе не является центромъ головы, а лишь условною точкою даннаго рисунка.

Несравненно ближе удовлетворяетъ требованію, поставленному Терекомъ

сравнительно недавно,—приборъ Антельма, изобрѣтенный еще въ 1838 году. Онъ дѣйствительно даетъ возможность измѣрять голову какъ сферическое тѣло и опредѣлять разстояніе всякой точки поверхности головы отъ одного центра, общаго для всѣхъ измѣряемыхъ головъ. Принципъ прибора Антельма похожъ на принципъ опредѣленія точекъ на глобусѣ по тому или другому меридіану. если мы представимъ себѣ, что экваторіальныя и полярныя оси глобуса служатъ осями для двухъ полукруговъ, которые могутъ вращаться вокругъ шара, одинъ въ направлении вертикальномъ, другой—горизонтальномъ то мы можемъ получить систему меридіановъ пересѣченіемъ которыхъ будетъ опредѣляться каждая точка глобуса. Если вмѣсто глобуса мы будемъ имѣть тѣло неправильной формы то и по отношенію къ нему можно *для каждой точки его поверхности найти мѣсто пересѣченія плоскостей меридіановъ, а измѣривъ разстояніе отъ этой точки до центра опредѣлить точно и мѣстоположеніе ея въ системѣ.* - Стоитъ только нанести результаты измѣреній на соотвѣтствующую схему—можно получить графическое изображеніе положенія данной точки, а соединяя между собою точки, положеніе которыхъ опредѣлено, рисовать соотвѣтствующія кривыя.

Хотя приборъ Антельма изобрѣтенъ около 60 лѣтъ назадъ, но къ сожалѣнію онъ мало извѣстенъ, и потому я здѣсь представлю краткое описаніе его, взятое изъ „инструкцій“ Брока, который, кстати сказать, называетъ его „самымъ драгоцѣннымъ изъ всѣхъ инструментовъ, служащихъ для цефалометрическихъ измѣреній и изслѣдованій“

„Приборъ Антельма (рис. 14) состоитъ изъ основного круга АА назначеннаго окружать косвенно голову такъ, чтобы онъ проходилъ на уровнѣ слуховыхъ отверстій и переносья и подъ затылочнымъ возвышеніемъ Кругъ снабженъ четырьмя устанавливающими винтами, служащими для укрѣпленія круга на головѣ въ извѣстномъ направленіи; около мѣста соотвѣтствующаго наружнымъ слуховымъ отверстіямъ, прикрѣплена съ каждой стороны трубочка, внутрь которой вдвигается стержень В, служащій осью инструмента и діаметромъ второй части его большого подвижного полукруга С. Подвижной полукругъ С прикрѣпленъ къ основному подъ прямымъ угломъ, но подвижно, такъ что можетъ быть на своемъ діаметрѣ наклоненнымъ по произволу впередъ и назадъ На подвижномъ полукругѣ свободно двигается гайка D, черезъ которую проходитъ раздѣленный на миллиметры и всегда обращенный къ центру круга стержень, называемый радіальнымъ указателемъ Стержень этотъ можетъ подниматься и опускаться и такъ раздѣленъ, что, когда его опустятъ до какой нибудь точки головы, то дѣленіе его у круга показываетъ величину головного радіуса въ этомъ мѣстѣ. Стоитъ только наклонить впередъ или назадъ подвижный полукругъ, чтобы получить длину головного радіуса въ любомъ мѣстѣ. Но кромѣ опредѣленія длины радіусовъ нужно также имѣть возможность и опредѣлить углы между ними, т е. разстояніе радіусовъ другъ отъ друга. Для этого подвижный полукругъ С раздѣленъ на градусы, начиная отъ нуля, лежащаго на срединѣ круга прямо надъ верхушкою головы; отъ этого нуля вправо и влѣво идутъ подраздѣленія на градусы. Для полученія измѣреній переднезадней кривой нужно опредѣлить исходную постоянную точку, за каковую Антельмъ принимаетъ уровень верхняго края орбиты. Эта точка вмѣстѣ съ наружными слуховыми отверстіями опредѣляетъ плоскость, которую приблизительно можно считать за естественную границу черепа и лица (рис 15)

Около лѣваго уха помѣщается подъ прямымъ угломъ къ оси снаряда небольшой кругъ E, снабженный подраздѣленіями, вращающійся передъ постояннымъ указателемъ F и указывающій степень наклоненія подвижного круга, а съ нимъ и радіальнаго указателя D.

Съ помощью этого инструмента можно измѣрить величину всѣхъ радіусовъ головы отъ одного центра, находящагося внутри на срединѣ линіи соединяющій оба уха. Такимъ образомъ можно опредѣлить положеніе всякой точки головы и получить желательныя кривыя. Правда, кривыя, получаемыя при помощи инструмента Антельма, соотвѣтствуютъ обыкновенно направленію меридіановъ (продольныхъ или поперечныхъ), а не всякія кривыя, но нѣкоторыя главныя кривыя, какъ, напр., сагитальную или поперечную, проходящую черезъ высшую точку головы, можно измѣрить вполнѣ правильно. Главное и несомнѣнное удобство цефалометра Антельма заключается въ томъ, что кривыя, полученныя отъ измѣренія разныхъ лицъ можно сравнивать между собою, такъ какъ центръ системы для всѣхъ одинаковый, и радіусы, величина

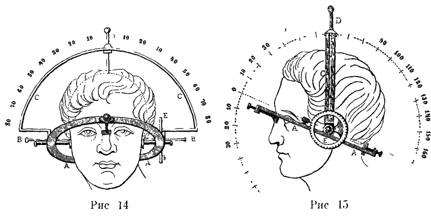


Рис 14 Рис 15

которыхъ измѣряется, точно опредѣлены угломъ наклоненія: можно поэтому сравнивать, у кого данный радіусъ больше, у кого меньше, у кого развиты больше, напр, задніе радіусы, у кого передніе Мало того, можно изъ цѣлаго ряда наблюденій дѣлать средніе выводы и опредѣлять среднюю величину того или другого радіуса въ данномъ племени, у извѣстнаго числа лицъ данной профессіи. Это видно изъ слѣдующаго примѣра. Д-ръ Н. Н Баженовъ при помощи цефалометра Антельма производилъ измѣренія бюстовъ замѣчательныхъ людей, преступниковъ и жителей Неогебридскихъ островов и вычисливъ среднія цифры длины радіусовъ на каждые 5°, представилъ результатъ своихъ изслѣдованій на такомъ рисункѣ.

(На этомъ рисункѣ (рис 16) мы видимъ три линіи, изображающія кривую вертикальнаго полуобхвата головы — для различныхъ группъ, и приходимъ къ заключенію, что у жителей Неогебридскихъ острововъ значительно меньше величина всѣхъ радіусовъ лобно-теменныхъ отдѣловъ, которые, наоборотъ, особенно велики у лицъ замѣчательныхъ; у преступниковъ размѣры радіусовъ заднихъ отдѣловъ головы превышаютъ таковые-же у лицъ замѣчательныхъ. Отдѣльныя обозначенія, поставленныя противъ нѣкоторыхъ радіусовъ соот-

вѣтствуютъ тѣмъ частямъ головы, къ которымъ они относятся; изъ нихъ нѣкоторыя должны быть объяснены: ophrion—есть точка въ срединѣ между надбровными дугами, metopion — срединнолобная точка — по срединной линіи между обоими лобными буграми, bregma—точка встрѣчи вѣнечнаго и стрѣловиднаго головъ, obelion — область расположенная на стрѣловидномъ швѣ между двумя теменными отверстіями, lambda—мѣсто встрѣчи стрѣловиднаго или теменного шва съ ламбдоиднымъ или теменно-затылочнымъ; inion - наружный затылочный бугоръ).

Уже изъ этого видно значеніе прибора Антельма. Оно станетъ еще болѣе яснымъ, если добавить, что имъ можно опредѣлять не только радіусы верхней черепно-мозговой части головы, но и лицевой, имъ можно очень легко опредѣлять и лицевые углы и опредѣлять главные размѣры, нужные для антрополога. Нужно добавить еще, что его центръ приходится весьма близко къ тому центру, который Терекъ считаетъ нормальнымъ центромъ черепа

Недостатокъ прибора Антельма тотъ, что работа съ нимъ на живомъ человѣкѣ довольно продолжительна и непріятна для изслѣдуемаго Кромѣ того

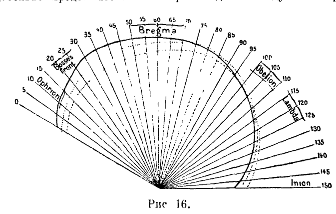


Рис 16.

самъ инструментъ довольно тяжелъ Фирма Швабе приготовила такой изъ алюминія, что гораздо удобнѣе. Кромѣ того одинъ изъ недостатковъ прибора Антельма тотъ, что онъ не совсѣмъ удобенъ для головъ очень маленькихъ (напр , микроцефаловъ) и имъ можно рисовать только тѣ кривыя, которыя соотвѣтствуютъ плоскостямъ меридіановъ Поэтому я сдѣлалъ въ немъ нѣкоторыя измѣненія, позволяющія, напр , нарисовать окружность соотвѣтствующую наибольшему длиннику. Мое приспособленіе даетъ также возможность примѣнять цефалометръ для той цѣли, для которой существуетъ энцефалометръ Зернова (т. е. для опредѣленія какой части поверхности мозга соотвѣтствуетъ та или другая область кожной поверхности) и пользоваться составленнымъ имъ атласомъ

Продолжаю описывать ходъ изслѣдованія для діагностики.

Покончивъ съ изслѣдованіемъ тѣхъ явленій, которыя представляетъ больной въ то время, какъ онъ находится передъ вами, вы не должны считать дѣло оконченнымъ, а должны постараться выяснить, таковъ ли больной, какъ вы его видѣли въ теченіе всего дня, или состояніе его измѣняется, и въ чемъ заключаются эти измѣненія. Объ этомъ

разспрашиваются лица, окружающія больного. Для этого практичнѣе всего заставить окружающихъ разсказывать часъ за часомъ, какъ больной проводитъ время, какъ онъ засыпаетъ, какъ спитъ, какъ просыпается, какъ встаетъ, одѣвается, самъ ли одѣвается или нужно его одѣвать, умывается ли, причесывается ли, какъ отправляетъ естественныя потребности, нужно ли объ нихъ напоминать, чистоплотенъ ли или пачкается; сколько ѣстъ, что ѣстъ, какъ ѣстъ, чѣмъ занятъ, какъ относится къ окружающимъ, раздражается ли на кого-нибудь, говоритъ ли самъ съ собою, посмѣивается ли втихомолку, ищетъ ли уединенія, можетъ ли чѣмъ-нибудь заниматься, долго ли занимается, скоро ли утомляется, обращаетъ ли на что-нибудь окружающее особенное вниманіе, не говоритъ ли чего-нибудь, такого, что онъ не сказалъ врачу, есть ли у него какія-нибудь привычки, которыя нужно отмѣтить, нѣтъ ли особенно часто повторяющихся стереотипныхъ движеній, разговоровъ.

Этимъ заканчивается изслѣдованіе настоящаго состоянія больного. По окончаніи его могутъ явиться нѣкоторые вопросы относительно какихъ-нибудь предшествующихъ явленій. Такъ, напр. если вы изъ осмотра больного узнали, что у него есть признаки прогрессивнаго паралича, то вамъ нужно узнать, не было-ли у больного ранѣе обмороковъ, припадковъ; если вы узнали отъ больного о нѣкоторыхъ событіяхъ изъ его прошедшей жизни, о которыхъ ранѣе не было сообщено, нужно провѣрить такъ ли это. Въ такомъ случаѣ вы пополняете свой анамнезъ новымъ разспросомъ родственниковъ больного о томъ или другомъ предметѣ, который васъ интересуетъ.

Сдѣлавши изслѣдованіе и пріобрѣвъ такимъ образомъ извѣстный запасъ фактовъ, вы должны приступить къ ихъ анализу и отвѣтить себѣ на вопросъ о томъ, въ какомъ состояніи находятся различныя стороны душевной жизни у больного. Тутъ вамъ должны припомниться тѣ элементарныя разстройства психической дѣятельности, о которыхъ мы говорили ранѣе, и вы должны перебрать въ умѣ тѣ симптомы, которые вообще наблюдаются у душевно-больныхъ, и отвѣтить себѣ, въ какой мѣрѣ эти симптомы существуютъ у даннаго больного.

Тутъ для правильности анализа приходится держаться опредѣленной схемы.

Прежде всего вы опредѣляете способность оріентироваться или, употребляя болѣе ходячій терминъ, — состояніе сознанія: подавлено ли оно и въ какой степени. Глубокое подавленіе сознанія — при ступорозномъ состояніи—обнаруживается глубокимъ упадкомъ психической реакціи; больной не реагируетъ на окружающее, не реаги-

руетъ на потребности ѣды, естественныхъ отправленіи При менѣе глубокомъ затемнѣніи сознанія, при затуманенности сознанія, больной не можетъ оріентироваться съ достаточною ясностью, путается въ значеніи окружающихъ его явленій, при чемъ количество тѣхъ предметовъ, относительно которыхъ больной путается, не можетъ оріентироваться, будетъ свидѣтельствовать о степени помраченія сознанія. Неясность сознанія больного обнаруживается и въ неотчетливомъ объясненіи окружающаго, несоотвѣтствіи дѣйствій и словъ съ дѣйствующимъ на больного впечатлѣніемъ. При не очень глубокомъ затуманеніи сознанія все-таки замѣтна неотчетливость воспріятій, иногда сознаваемая самими больными, иногда проявляющаяся въ частичныхъ дефектахъ сознанія или въ состояніяхъ психическаго автоматизма.

Опредѣляя состояніе способности оріентироваться, нужно обыкновенно отмѣтить, зависитъ ли утрата ея отъ первичнаго разстройства сознательности, отъ первичнаго разстройства связности въ сочетаніи идей и неинтенсивности психическихъ актовъ, или разстройство въ оріентировкѣ—явленіе вторичное, зависящее отъ путаницы, вносимой въ содержаніе сознанія галлюцинаціями, иллюзіями или чрезмѣрнаго наплыва идей, не дающихъ возможности въ нихъ разобраться. Рядомъ съ опредѣленіемъ способности оріентироваться, производится обыкновенно опредѣленіе состоянія вниманія, насколько вообще существуетъ вниманіе у больного, ограничивается ли оно пассивнымъ воспріятіемъ впечатлѣній, или существуетъ и активное вниманіе, и если существуетъ, то въ какой мѣрѣ и насколько быстро утомляется.

Затѣмъ вы опредѣляете содержаніе сознанія, общее состояніе его,—разносторонность или односторонность, а главное, занято-ли чѣмъ-нибудь особенно сознаніе, есть ли извѣстный кругъ идей, которыя захватываютъ сознаніе или какое-нибудь одно чувство, напр., тоска или извѣстное стремленіе Смотря по тому, что составляетъ главное содержаніе сознанія, вы и анализируете сначала ту или другую сферу, т.-е интеллектуальную сферу чувства или сферу воли.

Если главное разстройство замѣчается въ интеллектуальной сферѣ, то вы сначала опредѣляете степень и свойство интеллектуальныхъ разстройствъ.

Тутъ вы останавливаетесь сначала на опредѣленіи объема интеллектуальнаго запаса идей,—степень умственнаго развитія, причемъ конечно обращаете главное вниманіе на запасъ общихъ, руководящихъ понятій, опредѣляющій степень интеллектуальной высоты индивидуума. Затѣмъ опредѣляется — существуетъ-ли вообще возбужденіе интеллектуальнаго процесса, хотя-бы и безпорядочнаго, или напротивъ

онъ угнетенъ. Опредѣляете, насколько возбужденіе и угнетеніе интеллектуальной дѣятельности соединено съ увеличеніемъ или уменьшеніемъ количества являющихся въ сознаніи идей, съ ихъ односторонностью и съ ихъ напряженностью, съ той силой, съ которой они вторгаются въ сознаніе. Тутъ же опредѣляется и быстрота смѣны идей, и та легкость, съ которой происходятъ сочетанія между идеями, сравнительно мало связанными между собою. Затѣмъ опредѣляется и связность, послѣдовательность въ сочетаніи идей, — существуетъ-ли лишь связь по случайному внѣшнему сродству, или по глубокому сродству, насколько вообще больной способенъ къ послѣдовательному мышленію, сохранена ли сообразительность, критика, въ какой степени сохраненъ актъ осмышленія, т.-е. сочетаніе идей, ведущее къ пониманію, насколько мышленіе глубоко или поверхностно; опредѣляется степень сохраненія памяти, дѣятельность воображенія или фантазіи. Опредѣливъ состояніе формальныхъ условій мышленія, нужно опредѣлить, не увеличено-ли или уменьшено количество воспріятій, происходятъ-ли они изъ ощущеній правильныхъ или неправильныхъ, болѣзненныхъ. Существуютъ-ли обманы чувствъ и какія по органамъ чувствъ, по содержанію и свойству (галлюцинаціи и псевдогаллюцинаціи), какъ они сильны, какъ вліяютъ на больного. Затѣмъ опредѣляется есть-ли у больного идеи, которыя съ особенной интенсивностью занимаютъ сознаніе, есть-ли навязывающіяся идеи или сочетанія; опредѣляется каковы эти идеи, есть ли ложныя, бредовыя идеи, каково ихъ содержаніе, есть-ли бредъ, каковъ онъ (содержаніе, частичность, систематизація, напряженность, постоянство), чѣмъ онъ вызывается и поддерживается (обманы чувствъ, болѣзненныя ощущенія, аффективное состояніе, фантазія, ошибка памяти и пр. (или онъ самобытный, первичный.

Со стороны душевнаго чувства вы опредѣляете состояніе самочувствія — понижено оно или повышено, каково преобладающее настроеніе (депрессивное, экспансивное или смѣшанное), какова степень болѣзненнаго настроенія, какова устойчивость настроенія, существуютъ ли аффекты—тоски, страха, гнѣва, восторга, смущенія и пр постоянно ли аффективное состояніе или есть только склонность къ аффектамъ; чѣмъ они вызываются, чѣмъ вызывается также то или другое настроеніе, первичное ли оно, или вторичное (въ зависимости отъ бреда и т. п.). Затѣмъ вообще нужно опредѣлить степень возбудимости душевнаго чувства, есть ли признаки гиперестезіи или напротивъ тупости; существуетъ ли тупость и возбудимость по отношенію ко всѣмъ душевнымъ чувствамъ или только по отношенію къ нѣкоторымъ

низшимъ (половое, чувство голода, самосохраненія), или высшимъ (нравственное, религіозное, логическое, эстетическое).

Со стороны воли, прежде всего вы опредѣляете общую степень активности, повышена или понижена подвижность и говорливость, существуетъ ли возбужденіе, наклонность къ проявленію душевнаго содержанія своего во внѣшнихъ актахъ и рѣчи. Затѣмъ опредѣляется, каковы эти проявленія, насколько правильно поведеніе больного (сохраняются ли обыденныя привычки къ чистоплотности и пр.), каковы особенности двигательнаго и рѣчевого проявленія (стереотипность, каталепсія, вербигерація и пр.). Опредѣляется насколько акты являются выраженіемъ произвола или автоматизма или даже носятъ судорожный характеръ, — стараетесь выяснить уменьшено или увеличено количество влеченій, ихъ измѣнчивость, напряженность (непреодолимыя влеченія), какова быстрота перехода влеченій въ акты (быстрота выбора), каково вліяніе высшихъ задержекъ, и какія существуютъ особенности патологическія влеченія или какихъ влеченій, существующихъ у нормальнаго человѣка, не достаетъ у больного.

Въ концѣ опредѣляются общія измѣненія въ личности,—насколько измѣненъ общій характеръ мотивовъ дѣйствій—какіе мотивы являются преобладающими, мотивы ли непосредственнаго удовольствія и неудовольствія, мотивы разсудочные, пользы и вреда, мотивы ли долга, насколько уменьшено вліяніе высшихъ мотивовъ и явилось преобладаніе мотивовъ низшихъ въ сравненіи съ здоровымъ состояніемъ даннаго лица, какія свойства нормальной личности сохранились. Рядомъ съ этимъ обыкновенно рѣшается вопросъ о томъ, насколько потерпѣла измѣненіе цѣльность личности, не явилось ли ея распаденіе на отдѣльные элементы, насколько утратилось господство іерархической вершины личности—не только въ сознательномъ, но и въ безсознательномъ строѣ психическаго организма.

При анализѣ отдѣльныхъ симптомовъ психическаго состоянія я пользуюсь нерѣдко графическимъ методомъ, именно отмѣчаю на разграфленной таблицѣ, въ какой степени выраженъ тотъ или другой симптомъ. Таблица эта приложена къ курсу. Какъ легко видѣть на ней противъ каждаго рода явленій находится рядъ дѣленій, съ номераціей: посрединѣ стоитъ отмѣтка „норма", а выше и ниже идутъ дѣленія: на верхъ съ знакомъ +, внизъ съ знакомъ —, всѣхъ дѣленій въ ту и другую сторону по 10. Если существуетъ дефектъ въ какой нибудь психической функціи, то нужно дѣлать отмѣтку внизъ и смотря по степени дефекта на болѣе или менѣе большемъ разстояніи отъ нормы, если существуетъ наоборотъ усиленіе данной функціи, то отмѣтка дѣлается вверхъ тоже въ зависимости отъ степени. Для нѣкоторыхъ проявленій конечно возможны только отмѣтки въ одну сторону, для другихъ въ обѣ Затушевывая

ту или другую графу до поставленной мною отмѣтки, я получаю картину степени развитія элементарныхъ разстройствъ за данный день — Составивши представленіе о существованіи элементарныхъ разстройствъ и ихъ степени, я затѣмъ оцѣниваю, что нужно считать первичнымъ разстройствомъ и что вторичнымъ. Напр., замѣчая у больного тоску и бредъ, я опредѣляю, зависитъ ли бредъ отъ тоски, или тоска отъ бреда, или оба явленія совершенно самостоятельны Точно такой же вопросъ о первичности можетъ быть поставленъ относительно способности оріентировки, относительно усиленнаго двигательнаго проявленія и др

Сдѣлавши такой анализъ симптомовъ, въ большинствѣ случаевъ легко составить себѣ представленіе о „состояніи", въ какомъ находится больной. Въ однихъ случаяхъ вы найдете, что больной представляетъ комплексъ симптомовъ, свойственныхъ меланхолическому состоянію, въ другихъ—маніакальному, въ третьихъ—состоянію спутанности, паранойи, слабоумія, неуравновѣшенности.

Сдѣлавши діагностику состоянія, вы уже можете приступить къ діагностикѣ формы болѣзни. Для этого нужно сопоставить результаты анализа психическаго состоянія, результаты физическаго изслѣдованія организма и результаты анамнеза относительно развитія болѣзни и той почвы, на которой развилась болѣзнь. Тогда вы увидите, къ какому изъ трехъ классовъ по классификаціи относить данное разстройство: есть ли это просто *психопатическое временное состояніе*, или это есть состояніе *недоразвитія мозга* или собственно *душевная болѣзнь*. Если это собственно душевная болѣзнь, то что это такое: органическое ли заболѣваніе или функціональное, къ какой изъ основныхъ или органическихъ формъ психозовъ относится данный случай, или къ какой психопатической конституціи. Если мы даже рѣшимъ, что данное заболѣваніе относится къ одной изъ основныхъ формъ психозовъ, функціональныхъ или органическихъ, напр., къ меланхоліи, маніи, прогрессивному параличу, — все таки нельзя считать діагностику законченной: въ каждомъ случаѣ нужно постараться опредѣлить существуетъ ли психопатическая конституція или нѣтъ. Какъ я имѣлъ уже случай говорить въ большинствѣ случаевъ психозы развиваются на почвѣ какой-нибудь психопатической конституціи, и не выяснивши ея, нельзя считать распознаваніе законченнымъ.

Этого мало. — Сдѣлавши діагностику формы, слѣдуетъ разобрать этіологическіе моменты, которые могли вліять на болѣзнь и по возможности опредѣлить патогенезъ явленій, наблюдаемыхъ у больныхъ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ дѣло не съ вполнѣ типичными формами, а съ формами, представляющими нѣкоторыя *уклоненія отъ средняго типа болѣзни*. Эти уклоненія зависятъ отъ ин-

дивидуальности больного, отъ его характера, отъ условій развитія болѣзни, отъ способовъ лѣченія и, главное, отъ конституціональныхъ разстроиствъ, характеризующихъ почву, на которой развилась болѣзнь, и потому мы должны по возможности опредѣлить эти индивидуальныя уклоненія и ихъ значеніе. Далеко не всегда это возможно, но уже одна отмѣтка, чего-нибудь хотя бы съ знакомъ вопроса даетъ толчокъ въ развитіи нашихъ знаній клинической психіатріи. Только благодаря такому анализу и есть возможность разобраться въ массѣ явленій, относящихся къ области психіатріи, и установить хоть сколько-нибудь соотвѣтствующіе дѣйствительности типы болѣзней и опредѣлить вліяніе различныхъ условій на ихъ теченіе.

Наблюденіе за теченіемъ болѣзни. Очень нерѣдко бываетъ однако, что съ перваго раза мы не въ состояніи сдѣлать діагностику психическаго заболѣванія. Это бываетъ чаще всего потому, что самое состояніе больного мѣняется, и, заставъ его въ одномъ состояніи, мы не всегда можемъ знать, каковы другія состоянія, въ которыхъ онъ бываетъ. Въ такихъ случахъ лучше *выждать нѣкоторое время*, поставивъ больного подъ условія правильнаго наблюденія, и, только сопоставивъ результаты неоднократнаго осмотра, высказывать свое заключеніе.

Наилучшее наблюденіе за душевно-больнымъ можетъ быть въ спеціальномъ учрежденіи, гдѣ болѣе или менѣе опытный персоналъ постоянно слѣдитъ за больнымъ. Конечно, нужно выучить больничный персоналъ наблюдать и постоянно слѣдить за правильностью наблюденія. Между прочимъ, для этой цѣли устраиваются ежедневные *рапорты надзирателей отдѣленія*, въ которыхъ отмѣчается все, что дѣлалъ каждый больной въ теченіе сутокъ. Въ московской клиникѣ эти рапорты очень подробны. Они составлены мною, правда съ большими измѣненіями, по идеѣ Л. Ф. Рагозина, употреблявшаго аналогичные рапорты во время своего завѣдыванія Казанской окружной больницей. На этихъ листахъ существуютъ графы для отмѣтки о состояніи на каждый день. Съ другой стороны намѣчены отдѣльныя графы для отмѣтокъ такихъ замѣтныхъ и для не врача особенностей, какъ, напр., отказъ отъ пищи, безсонница, крики, пѣніе, молчаливость, нечистоплотность, покушеніе на самоубійство, нападенія на больныхъ и здоровыхъ и т. п. Надзиратель отмѣчаетъ въ листѣ больного, если у него наблюдалось какое-нибудь изъ обозначенныхъ состояній; а врачъ, разсматривая каждый день листы каждаго больного, долженъ по поводу каждой замѣтки расспрашивать надзирателя о деталяхъ того или другого факта, отмѣченнаго за день наблюденія надъ больнымъ.

Самое лучшее наблюденіе будетъ, конечно, если самъ врачъ будетъ

какъ можно чаще и дольше бывать въ отдѣленіи. Я не нахожу словъ, чтобы какъ можно настоятельнѣе рекомендовать молодымъ врачамъ проводить возможно болѣе времени въ отдѣленіи, или принимая участіе въ занятіяхъ и развлеченіяхъ больныхъ, или даже занимаясь своею работою. То, что онъ замѣтитъ при этомъ, не разскажутъ ему никакія книги и никакіе надзиратели; нужно только живо интересоваться своимъ дѣломъ и имѣть хоть нѣсколько пытливый умъ. Я не говорю уже о томъ, какое громадное вліяніе это будетъ имѣть на правильность ухода за больными, на дисциплину прислуги, какъ это сблизитъ съ нимъ больныхъ и заставитъ ихъ считать врача своимъ ближайшимъ другомъ.

Для молодого начинающаго врача, желающаго посвятить себя психіатріи, самое лучшее—начать по окончаніи курса свою практическую дѣятельность, живя съ больными въ отдѣленіи и исполняя всѣ обязанности надзирателя. Онъ въ это время научится тому, чему не можетъ научить его посѣщеніе лекцій въ студенческое время — всѣмъ подробностямъ ухода; онъ изучитъ мелкія, но важныя потребности больныхъ, онъ научится оцѣнивать всѣ особенности проявленія душевныхъ заболѣваній. И этому научиться всего лучше именно въ началѣ своей дѣятельности. Многіе врачи, уже получившіе порядочную опытность, можетъ быть, сознаютъ, какъ хорошо бы было дополнить свои знанія жизнью бокъ о бокъ съ больными въ теченіе всего дня и ночи, но сознаютъ тогда, когда это уже поздно, когда они не могутъ этого сдѣлать, такъ какъ связаны и семейными условіями, и занимаемымъ ими положеніемъ, а потому я и считаю своею обязанностью предложить врачу, желающему быть психіатромъ, провести хоть нѣсколько мѣсяцевъ въ положеніи ординатора, на котораго возложены обязанности надзирателя.

Такъ или иначе наблюденіе за больнымъ даетъ возможность судить о теченіи болѣзни, а теченіе болѣзни въ психіатріи часто даетъ самыя главныя данныя для діагностики.

Въ виду этого на теченіе болѣзни должно быть обращено особое вниманіе и нужно тщательно отмѣчать наблюдаемыя измѣненія въ интенсивности тѣхъ или другихъ симптомовъ. У острыхъ больныхъ эти измѣненія совершаются часто (не только каждый день, но и нѣсколько разъ въ день). Поэтому совершенно невѣрное представленіе о душевныхъ болѣзняхъ имѣютъ тѣ лица, которыя полагаютъ, что душевнобольныхъ можно наблюдать изрѣдка и поэтому давать подъ наблюденіе одному психіатру чуть не сотню, а то и двѣ, душевно-больныхъ. Конечно, хроники не требуютъ такого тщательнаго наблюденія, какъ острые, но и у нихъ случаются часто перемѣны, опредѣлить значеніе

которыхъ можетъ только врачъ. Въ острыхъ же случаяхъ необходимо самое тщательное наблюденіе, и необходимо дѣлать ежедневную запись объ измѣненіяхъ, замѣчаемыхъ у больного. Очень полезно пользоваться при этомъ графическимъ методомъ, хотя бы для приблизительной и субъективной оцѣнки какъ теченія всей болѣзни, такъ и отдѣльныхъ симптомовъ. Очень часто при употребленіи графическаго метода діагностику болѣзни гораздо легче поставить, чѣмъ безъ него.

Въ заключеніе я приведу слѣдующую таблицу, могущую служить схемою для анализа состоянія душевно-больного.

Анамнезъ.

1. Возрастъ больного, семейное положеніе, званіе, общественное положеніе, степень образованія, профессія, національность, религія, мѣсто родины и мѣсто жительства.
2. Начало и теченіе настостоящаго заболѣванія.
   - a) Продромальные симптомы.
   - b) Теченіе рѣзко выразившейся болѣзни.
3. Особенности больного біологическія и психологическія.
   - a) Наслѣдственность.
     - α) Племенное происхожденіе.
     - β) Прямая невропатическая наслѣдственность.
     - γ) Боковая.
     - δ) Атавистическая.
   - b) Зачатіе и утробный періодъ.
   - c) Рожденіе.
   - d) Первое дѣтство (правильность, быстрота развитія и пр.).
   - e) Періодъ половой зрѣлости.
   - f) Особенности психическаго склада больного (умственное развитіе, темпераментъ, характеръ).
   - g) Образъ жизни.
     - 1) Семейныя условія.
     - 2) Занятія.
     - 3) Экономическія условія.
     - 4) Питаніе
   - h) Моральныя вліянія.
     - 1) Быстро дѣйствующія.
     - 2) Длительныя

4. Перенесенныя болѣзни.
- a) Психическія.
- b) Нервныя.
- c) Болѣзни, повышающія раздражительность нервной системы.
- d) Истощающія болѣзни, острыя и хроническія.
- e) Разстройства кровообращенія.
- f) Ушибы головы, страданія уха, носа и пр.
- g) Кожныя болѣзни.
- h) Интоксикаціи.
- i) Сифилисъ.
- k) Аутоинтоксикаціи.

Настоящее состояніе (status praesens).

I. Психическое состояніе

A) Сознаніе.

1. Общая способность оріентироваться. — Различныя степени помраченія сознанія. — Первичныя и вторичныя.

2. Содержаніе сознанія.
- 1) Преобладающее содержаніе.
- 2) Общая бѣдность содержанія сознанія или обратное явленіе.
- 3) Частичные дефекты.

B) Интеллектуальная сфера.

1. Актъ воспріятія.
- 1) Воспріятія, основанныя на болѣзненныхъ ощущеніяхъ.
- 2) Уменьшеніе количества воспріятій (общее или одностороннее).

2. Галлюцинаторныя явленія.
- Иллюзіи.
- Галлюцинаціи.
- Псевдогаллюцинаціи.

- Условія ихъ развитія.
- Какихъ орг. чувствъ.
- Обиліе и частота
- Интенсивность.
- Вліяніе на другія стороны психической жизни

3. Бредовыя идеи. { Содержаніе. Происхожденіе. Количество. Постоянство. Интенсивность. } Систематизація бредовыхъ идей. Односторонность.

4. Навязчивость идей. { Общая. Частичная (нѣкоторыхъ идей или сочетаній).

5. Общая интенсивность интеллектуальныхъ актовъ.
   a) Запасъ идей и образовъ.
   b) Обиліе мыслей и образовъ, вторгающихся въ сознаніе.
   c) Напряженность идей.
   d) Быстрота смѣны мыслей.
   e) Широта распространенія мыслей.

6. Сочетаніе идей.
   a) Различные виды безсвязности. { 1) Вслѣдствіе первичнаго выпаденія въ ассоціаціяхъ. 2) Вслѣдствіе наплыва противорѣчащихъ мыслей и образовъ. 3) Вслѣдствіе быстроты теченія идей.
   b) Разстройства акта осмышленія (сочетанія „по смыслу“). { 1) Отъ ослабленія направляющей силы ума. 2) Отъ уменьшенія широты сочетаній. 3) Отъ уменьшенія глубины сочетаній } Степень послѣдовательности мышленія, цѣлесообразности, способности пониманія или недомыслія, сила критики, вліяніе руководящихъ идей и пр.

7. Память. { Запоминаніе. Воспоминаніе. Ложныя воспоминанія.

8. Фантазія. { Бѣдность (недостатокъ творчества). Богатство.

С) Прибавленіе: Актъ вниманія.

Вниманіе. { a) Активное. { 1) Способность сосредоточиваться по произволу. 2) Утомляемость активнаго вниманія.

- Вниманіе.
  - b) Пассивное.
    - 1) Одностороннее усиленіе.
    - 2) Общее усиленіе
    - 3) Ослабленіе.

D) Сфера чувствъ.

1. Самочувствіе.
   - a) Повышенное.
   - b) Пониженное.
   - Самостоятельное или зависящее отъ болѣзненныхъ ощущеній.
2. Настроеніе.
   - a) Депрессивное.
   - b) Экспансивное.
   - c) Смѣшанное.
   - d) Безразличное.
   - Первичное или вторичное (отъ ложныхъ идей, галлюцинацій).
3. Напряженность душевнаго чувства.
   - a) Аффекты временные.
   - b) Длительное аффективное состояніе.
     - Первичное или вторичное происхожденіе, качество, вліяніе на поведеніе.
   - c) Ослабленіе.
4. Состояніе душевной чувствительности.
   - a) Гиперестезія.
   - b) Раздражительная слабость.
   - c) Тупость душевнаго чувства.
   - d) Психическія парестезіи.
5. Состояніе отдѣльныхъ видовъ душевнаго чувства.
   - a) Низшія чувства (половое и пр.)
   - b) Высшія чувства (нравств.).

E) Сфера воли.

1. Степень двигательной энергіи вообще (активность).
   - a) Степень двигательнаго возбужденія (подвижность).
   - b) Степень возбужденія рѣчи (говорливость).
2. Влеченія.
   - a) Количество.
   - b) Измѣнчивость.
   - c) Интенсивность.
     - 1) Общее усиленіе.
     - 2) Быстрота перехода влеченій въ акты.
     - 3) Непреодолимыя влеченія.
   - d) Качество влеченій.
     - 1) Правильность поведенія.
   - e) Сохраненіе нормальныхъ влеченій.
     - 2) Стрем. къ жизни.
     - 3) Къ пищѣ.
     - 4) Половыя влеченія.

3. Актъ выбора (хотѣніе).
- a) Вліяніе задержекъ.
  - 1) Увеличеніе.
  - 2) Уменьшеніе. } Первичное и вторичное.
- b) Настойчивость.

4. Измѣненія въ мотивахъ дѣйствій.
- a) Преобладающіе мотивы.
- b) Наиболѣе слабые мотивы.
- c) Происшедшее подъ вліяніемъ болѣзни измѣненіе въ мотиваціи.

5. Измѣненіе цѣльности личности.
- a) Двойственная личность.
- b) Распаденіе личности.

6. Особенности двигательнаго проявленія.
- a) Особенности въ двигательныхъ **актахъ** (каталепсія и пр).
- b) Особенности рѣчи и письма.
- c) Особенность мимики.

II. Соматическое состояніе.

1. Сонъ и сновидѣнія.

2. Состояніе нервной системы (субъективныя и объективныя явленія; движенія, чувствительность, рефлексы, вазомоторная, секреторная и трофическая дѣятельность; состояніе головного и спинного мозга, периферическихъ нервовъ, состояніе мускулатуры. Признаки общихъ неврозовъ) Органы чувствъ.

3. Состояніе общаго питанія (вѣсъ, степень истощенія, температура тѣла, свойства мочи, составъ крови, пріемъ пищи).

4. Состояніе отдѣльныхъ органовъ растительной жизни (органы пищеваренія, мочевые, половые, кровообращенія, дыханія, покровы, железистая и лимфатическая система, мышечная, кости и суставы).

5. Физическіе признаки неправильнаго развитія (измѣреніе роста, головы, особенности строенія головы, ушей, глазъ, твердаго нёба, зубовъ, туловища, конечностей, половыхъ органовъ, кожи, волосъ, ногтей). Признаки вырожденія, выражающіеся въ измѣненіи функцій.

Приводимая таблица можетъ служить схемой для анализа симптомовъ, которые представляетъ больной и которые намъ удается узнать изъ разспросовъ окружающихъ и изъ изслѣдованія самого больного. Она можетъ служить также планомъ, которымъ можетъ руководствоваться врачъ, изслѣдуя душевно-больного. Но я долженъ къ этому прибавить, что она только съ большою осторожностью должна быть принимаема, какъ рамка для писанія **исторій болѣзни** Если схема анамнеза и можетъ слу-

жить такою рамкою, то совершенно нельзя этого сказать о схемѣ „настоящаго состоянія". Въ приведенной схемѣ существуетъ такъ много отвлеченныхъ психологическихъ терминовъ, какъ, наприм., ассоціація идей, направляющая сила ума и пр., что, если бы врачъ хотѣлъ писать исторію болѣзни по ней, давая на отдѣльные вопросные пункты ея положительные или отрицательные отвѣты, то онъ чрезвычайно затруднилъ бы тѣхъ лицъ, которымъ придется читать его исторію болѣзни и вовсе не представилъ бы объективной картины болѣзни. Въ отвлеченныхъ психологическихъ терминахъ всегда много субъективнаго, не достаточно опредѣленнаго, а потому и пониманіе этихъ терминовъ можетъ быть очень различно и можетъ мѣняться даже у одного и того же человѣка съ пріобрѣтеніемъ новыхъ знаній. Поэтому они, если и годятся для анализа явленій, представляемыхъ больнымъ, то для описанія картины болѣзни бо́льшею частью не годятся. Въ исторіи же болѣзни главнымъ образомъ желательна объективная картина болѣзни, конкретное описаніе явленій, представляемыхъ больнымъ. Такія исторіи болѣзни, описывающія конкретныя явленія, дѣйствительные факты, не потеряютъ своего значенія при перемѣнѣ теоретическихъ воззрѣній, какъ психологическихъ, такъ и психіатрическихъ, какъ не потеряли ихъ нѣкоторыя исторіи болѣзни, приведенныя въ книгѣ Эскироля, напечатанной болѣе 50 лѣтъ назадъ. Конечно описаніе фактовъ въ психіатрической „исторіи болѣзни" должно быть осмыслено, сопоставленіе фактовъ должно быть сдѣлано на основаніи психіатрическихъ знаній, ихъ группировка на основаніи цѣлесообразнаго плана, который долженъ носить въ своей головѣ всякій психіатръ. Можно при этомъ употреблять и психологическіе термины для обозначенія какого-нибудь разстройства, но только тотчасъ же приводя конкретные примѣры того, какіе факты указываютъ на это разстройство, и описывая подробно самые эти факты.

Въ виду этого почти всякая исторія психической болѣзни послѣ обстоятельнаго и систематическаго изложенія анамнеза начинается съ описанія внѣшней картины, представляемой больнымъ, его мимики, его поведенія, позы, подвижности, говорливости; затѣмъ описываются симптомы, указывающіе на уровень пониманія. Затѣмъ переходятъ къ описанію того отдѣла душевной сферы, который представляетъ наиболѣе патологическихъ проявленій, и, постепенно развивая изложеніе, также конкретно и объективно описываютъ симптомы изъ области интеллектуальной сферы, сферы чувства и воли, приводя постоянно факты и собственныя выраженія больного. Кончивъ описаніе картины психическаго состоянія, описываютъ болѣзненныя измѣненія со стороны физической, руководствуясь общимъ правиломъ описывать явленія по си-

стемамъ органовъ. Въ каждой хорошей исторіи болѣзни должны быть описаны и физическіе признаки дегенераціи.

Только сдѣлавши такое конкретное описаніе, можно изложить и результатъ психологическаго анализа представляемыхъ симптомовъ, но, конечно, это изложеніе не будетъ уже имѣть того документальнаго значенія, какъ осмысленное объективное описаніе симптомовъ и теченія болѣзни.

Описаніе теченія болѣзни должно быть очень тщательное какъ въ интересахъ научныхъ, такъ и въ интересахъ самого больного: чтеніе хорошо составленнаго изложенія хода болѣзни за нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ выясняетъ наблюдающему врачу много такихъ сторонъ, которыя безъ этого могли-бы ускользнуть изъ вниманія; если-же больной переходитъ подъ наблюденіе другого врача, то послѣднему нѣтъ возможности составить себѣ яснаго представленія о болѣзни, если у него не будетъ подъ руками подробнаго описанія происходившихъ измѣненій. Въ виду этого во всѣхъ случаяхъ заболѣванія, въ которыхъ болѣзнь не перешла еще въ исходное, притомъ совершенно однообразное состояніе, не представляющее колебаній, нужно непремѣнно отмѣчать ежедневно происходящія перемѣны. Чѣмъ подробнѣе будетъ ведена запись, тѣмъ лучше. Особенно это нужно имѣть всегда въ виду въ случаяхъ судебно-медицинскихъ. Не слѣдуетъ пренебрегать записями и при наблюденіи хроническихъ больныхъ. Очень можетъ быть, что благодаря отсутствію хорошихъ дневниковъ, описывающихъ теченіе болѣзни при хроническихъ душевныхъ болѣзняхъ, мы до сихъ поръ сравнительно мало знаемъ патологію многихъ формъ, сюда относящихся.

Пропедевтическое значеніе имѣетъ, по моему мнѣнію, изложеніе исторіи болѣзни, производимое на особыхъ листахъ, образцы которыхъ приложены къ этой книгѣ. Первыи изъ нихъ содержитъ данныя, получаемыя при поступленіи больного. Въ краткомъ видѣ здѣсь могутъ быть записаны анамнестическія указанія и главныя изъ явленій, наблюдавшихся при поступленіи Записи, внесенныя сюда изъ обычной исторіи болѣзни, позволяютъ сразу, какъ бы по конспекту обхватывать наиболѣе существенные факты изъ всего, что извѣстно о больномъ въ день начала наблюденія. Листы второго образца назначены для изложенія теченія болѣзни; изложеніе ведется въ нихъ однако не въ томъ повѣствовательномъ видѣ, какъ должна вестись исторія болѣзни, которую ведутъ на обычныхъ бланкахъ, а по отдѣльнымъ признакамъ,—причемъ въ отдѣльные столбцы записывается то, что замѣчено въ данный день изъ относящагося къ той сферѣ, которая значится на верху столбца. Тутъ отдѣльно отмѣчается и сонъ, и состояніе отдѣльныхъ органовъ

физической сферы, и проявленія со стороны воли, чувствъ, интеллектуальной дѣятельности, какъ это видно при разсмотрѣніи листовъ.

Записи ведутся день за днемъ, такъ что можно прослѣдить быстро ходъ измѣненій въ отдѣльныхъ проявленіяхъ.

Веденіе такого рода исторіи болѣзни помогаетъ разбираться въ значеніи наблюдаемыхъ явленій, заставляетъ обращать вниманіе на тѣ стороны, которыя при обычныхъ записяхъ часто упускаются изъ виду. Оно очень помогаетъ при производствѣ разбора больныхъ. Такъ какъ листы напечатаны только на одной сторонѣ, а другая остается свободною, то на ней могутъ писаться какія-нибудь отмѣтки.—Листы, относящіеся къ одному больному, могутъ послѣдовательно сшиваться металлическими сшивателями.

Графическій методъ въ примѣненіи къ душевнымъ болѣзнямъ.

Распознаваніе душевныхъ болѣзней, какъ видно изъ предыдущаго, представляетъ между прочимъ ту особенность, что при изслѣдованіи проявленій болѣзни въ психической сферѣ приходится обыкновенно руководствоваться субъективной оцѣнкой симптомовъ. Вслѣдствіе этого правильность распознаванія въ значительной степени зависитъ отъ опытности изслѣдователя, отъ случайнаго обнаруженія тѣхъ или другихъ признаковъ, отъ того, насколько хорошо наблюдается больной, и насколько правильно сообщаются врачу свѣдѣнія о томъ, что совершается съ больнымъ въ отсутствіи врача. При изслѣдованіи душевныхъ болѣзней почти нельзя примѣнять объективнаго способа изслѣдованія (какъ, напр., перкуссія и аускультація, измѣреніе), который даетъ такіе важные результаты при распознаваніи болѣзней тѣлесныхъ. Правда и при изслѣдованіи душевныхъ больныхъ мы пользуемся этими способами, выстукиваемъ и выслушиваемъ, изслѣдуемъ пульсъ сфигмометромъ и сфигмоманометромъ, производимъ изслѣдованіе крови и мочи, измѣряемъ голову и различныя части тѣла,—но всѣми этими способами мы опредѣляемъ лишь нѣкоторыя побочныя условія, хотя можетъ быть и чрезвычайно важныя но не дающія понятія о проявленіи собственно психическихъ симптомовъ. Въ виду этого у лицъ, занимающихся психіатріей, давно явилась попытка ввести измѣрительный методъ въ изслѣдованіе душевныхъ болѣзней. Прежде всего эти попытки обнаружились въ стремленіи ввести измѣреніе въ изображеніе теченія болѣзни. Мы знаемъ, что при болѣзняхъ инфекціонныхъ кривая, указывающая на ходъ температуры пульса и дыханія, даетъ возможность сдѣлать оцѣнку теченія болѣзни; поэтому явились попытки составить такія же кривыя по отношенію къ развитію душевныхъ заболѣваній. Кому принадлежитъ первая идея этого, я не могу сказать. Идея эта такъ естественна, что, вѣроятно, многіе вполнѣ самостоятельно стали ее примѣнять. По крайней мѣрѣ я лично почти съ первыхъ лѣтъ моей психіатрической дѣятельности совершенно самостоятельно сталъ на разграфленной бумагѣ чертить для себя кривую теченія болѣзни въ томъ или другомъ случаѣ. Впослѣдствіи я увидалъ такой же пріемъ у другихъ авторовъ, нѣмецкихъ и французскихъ. Этотъ способъ черченія кривыхъ въ самомъ простомъ видѣ я изложилъ въ главѣ о теченіи болѣзни

Для иллюстраціи многихъ случаевъ онъ имѣетъ безспорное значеніе, но научное значеніе этого метода весьма небольшое; въ самомъ дѣлѣ, при помощи его изображается теченіе болѣзни во всей ея совокупности, для чего нужно отмѣчать за каждый день соотвѣтствующую интенсивность болѣзни, а гдѣ въ этомъ отношеніи мѣрка? Правда, каждый руководствуется своимъ опытомъ, но тутъ субъективная оцѣнка играетъ самую важную роль. Кромѣ того начерченная такимъ образомъ кривая, давая понятіе объ измѣненіи общей интенсивности болѣзни, совсѣмъ не даетъ понятія о многихъ другихъ особенностяхъ заболѣванія. Правда до нѣкоторой степени характеръ заболѣванія опредѣляется тѣмъ, что признаки угнетенія отмѣчаются ниже средней линіи, а признаки возбужденія—выше ея; но очень часто болѣзнь выражается сочетаніемъ явленій возбужденія (напр., въ двигательной сферѣ) съ явленіемъ угнетенія (напр., дефектами интеллектуальными) въ другой, и трудно начертить хоть сколько нибудь подходящую кривую; кромѣ того остаются не отмѣченными цѣлый рядъ другихъ особенностей болѣзни.

Желая уменьшить эти неудобства, проф. Арндтъ и Домъ предложили въ 87-мъ году свой способъ графическаго изображенія теченія психозовъ. Въ основаніи этого метода лежитъ та мысль, что въ проявленіяхъ болѣзни нужно различать психопатическія дѣйствія („эргазіи"), разстройства чувствительности („дизестезіи") и тѣ конституціональныя аномаліи, на почвѣ которыхъ развиваются психозы. Является такимъ образомъ надобность въ графическомъ изображеніи всѣхъ этихъ трехъ сторонъ болѣзни. Для изображенія измѣненія въ дѣйствіяхъ („эргазіяхъ") Арндтъ беретъ разграфленную на квадратики бумагу и проводитъ горизонтальныя и вертикальныя оси: по горизонтальной отмѣчается время наблюденія, по вертикальной—степени разстройства. Въ серединѣ вертикальной линіи оставляется узенькая полоска, соотвѣтствующая нормальнымъ проявленіямъ. Сверху надъ ней отмѣчаются дѣйствія съ маніакальнымъ характеромъ; ниже подъ нормой отмѣчаются дѣйствія съ характеромъ меланхолическимъ. Арндтъ принимаетъ семь градацій или степеней въ обѣ стороны и отмѣчаетъ ихъ тѣмъ дальше отъ нормы, чѣмъ выше степень разстройства; эти семь степеней слѣдующія:

Для дѣйствій съ меланхолическимъ характеромъ.

1. проявленія легкаго меланхолическаго настроенія (грустное выраженіе лица, соотвѣтственная поза и пр.)
2. проявленія болѣе рѣзкія: плачъ, рыданія, упреки;
3. тоска съ неусидчивостью, стремленіе къ движенію;
4. тоска съ разрушительными наклонностями и намеками на агрессивные поступки противъ себя и другихъ;
5. тоска съ рѣзкими агрессивными поступками;
6. поступки при затуманенномъ сознаніи;
7. поступки съ помраченнымъ сознаніемъ.

Для дѣйствій съ маніакальнымъ характеромъ:

1. проявленія легкаго маніакальнаго настроенія (веселость, радостный видъ);
2. маніакальное настроеніе съ смѣхомъ, пѣніемъ;
3. танцы, прыганье;
4. проявленія распущенности и легкой заносчивости;
5. проявленія сильной заносчивости, разнузданности;
6. поступки съ затуманеннымъ сознаніемъ;
7. поступки съ помраченіемъ сознанія.

Эти признаки даютъ Арндту возможность ставить соотвѣтствующія отмѣтки въ томъ или другомъ квадратикѣ—такъ, какъ это дѣлается при отмѣткѣ температуры. Соединивъ эти отмѣтки за отдѣльные дни и недѣли, получимъ кривую, изображающую измѣненія въ дѣйствіяхъ.

Измѣненія самочувствія и самосознанія („дизестезіи") однако недостаточно опредѣляются этимъ путемъ, и Арндтъ дѣлаетъ такое добавленіе: для отмѣтки характера самочувствія Арндтъ производитъ затушевываніе столбца соотвѣтствующаго данному дню, различными способами; для обозначенія *грустнаго* самочувствія затушевка дѣлается *косыми* штрихами, *идущими сверху и справа внизъ* и *влѣво;* для *веселаго*—обратно: *косые штрихи идутъ сверху* и *слѣва внизъ и вправо;* для *ступорознаго* состоянія затушевка дѣлается *косыми перекрещивающимися штрихами.* Для того, чтобы можно было судить *о степени измѣненія* самочувствія, затушевка дѣлается *то болѣе частыми, то болѣе рѣдкими штрихами;* болѣе рѣдкая штриховка соотвѣтствуетъ болѣе слабымъ разстройствамъ самочувствія. Такихъ степеней Арндтъ признаетъ четыре для непріятнаго и для веселаго самочувствія, а именно:

для непріятнаго:

1. угрюмость;
2. недовольство всѣмъ;
3. злоба или отчаяніе;
4. Galgen humor—настроеніе человѣка, приговореннаго къ повѣшенію съ отчаяніемъ и съ проявленіемъ въ то-же время оттѣнка веселья

Это состояние составляетъ (по Арндту) переходъ отъ меланхолическаго къ маніакальному состоянію

Для маніакальнаго:

1. веселость;
2. чувство вседовольства;
3. распущенное веселье;
4. дурачливость, составляющая переходъ къ ступорозному состоянію.

Для ступорознаго самочувствія Арндтъ признаетъ двѣ степени:

1. туманное состояние сознанія;
2. полное паденіе сознанія.

Нужно прибавить, что въ основѣ такой градаціи лежитъ односторонній взглядъ Арндта, что всѣ психозы суть разновидности одной формы Vesania typica; типическая-же везанія начинается всегда 1-мъ меланхолическимъ стадіемъ, переходящимъ во 2-й маніакальный, который переходитъ въ 3-й стадіи ступора Изъ послѣдняго же можетъ быть исходъ въ выздоровленіе или неизлѣчимое слабоуміе Этимъ объясняется существованіе переходныхъ ступеней отъ меланхолическаго къ маніакальному состоянію и отъ маніакальнаго къ ступорозному.

Графическій методъ Арндта даетъ еще возможность изображать и ту конституціональную почву, на которой развилась психическая болѣзнь; для обозначенія различныхъ психопатическихъ конституцій употребляется затушевка цвѣтными карандашами различнаго цвѣта: такъ *ипохондрическая конституція* изображается *буро-желтымъ* цвѣтомъ, *истерическая—зеленымъ, алкогольная—голубымъ, эпилептическая — краснымъ* Кромѣ того существуетъ еще *фіолетовая* окраска фона для обозначенія того, что Арндтъ называетъ *„психическими парестезіями"*, что соотвѣтствуетъ различнымъ разстройствамъ въ воспріятіяхъ (обманы чувствъ, явленія бреда).

Такова въ главныхъ чертахъ графическая система Арндта. На практикѣ она представляетъ значительныя неудобства, а потому и мало примѣняется. Я лично одно время пользовался другой системой Я исходилъ изъ того мнѣнія, что для изображенія теченія болѣзни, нельзя ограничиваться черченіемъ *одной* кривой, а нужно разложить болѣзнь на элементарные симптомы и чертить *кривую развитія отдѣльныхъ симптомовъ*. Подобно тому, какъ мы, отмѣчая температуру, пульсъ и дыханіе можемъ рисовать отдѣльныя кривыя для этихъ симптомовъ,—точно также возможно рисовать линіи, указывающія на увеличеніе или уменьшеніе отдѣльныхъ симптомовъ. Но тутъ мы встрѣчаемся съ двумя требованіями: 1) нужно отмѣтить такіе симптомы, которые составляютъ, такъ сказать, основные элементы психическихъ болѣзней и доступны хоть приблизительному измѣренію и 2) нужно найти возможность производить эти измѣренія. Что касается первой половины задачи, то она еще не такъ трудна: можно взять тѣ самыя проявленія, которыя указаны мною выше, для руководства при анализѣ найденныхъ элементарныхъ разстройствъ, т е — способности оріентироваться, силы вниманія, интеллектуальнаго возбужденія, быстроты мысли, легкости сочетанія идей, послѣдовательности сочетаній, глубины мышленія, степени разстройства самочувствія подвижности, говорливости и пр

Я уже говорилъ выше, что для того, чтобы производить графическій анализъ состоянія больного, я располагаю особыми листами, образецъ которыхъ приложенъ къ книгѣ, и гдѣ противъ наименованія каждаго проявленія стоитъ графа, раздѣленная на нѣсколько дѣленій: по серединѣ стоитъ полоса нормы, а внизъ и вверхъ идутъ дѣленія, начиная отъ 0 и до 10; вверхъ отмѣчается усиленіе даннаго явленія и смотря по степени въ бóльшемъ или меньшемъ удаленіи отъ нормы, внизъ — дефектъ даннаго явленія тоже въ бóльшей или меньшей степени. Если мы будемъ производить анализъ состоянія больного за каждый день, хотя-бы не относительно всѣхъ отмѣченныхъ явленій, а нѣкоторыхъ, то мы можемъ имѣть цѣлый рядъ послѣдовательныхъ отмѣтокъ, указывающихъ на ходъ развитія того или другого явленія: напр, быстрота мысли сегодня представляется увеличенной, но настолько слабо, что мы можемъ поставить минимальную отмѣтку +1; завтра она значительно больше и имѣетъ отмѣтку 3; послѣ завтра еще больше — отмѣтка 5, затѣмъ ускореніе процесса мысли растетъ и мы имѣемъ уже отмѣтку 8, послѣ наступаетъ улучшеніе, и скорость мысли уменьшается, и черезъ нѣсколько времени можетъ наступить даже замедленіе въ теченіи мыслей; тогда отмѣтки будутъ дѣлаться ниже нормы съ знакомъ—; если замедленіе невелико, то будетъ - 2, или— 3, если значительно, то—4,— 5 или—6; если полная остановка мысли, то 10 Перенося эти отмѣтки на разграфленые листы въ родѣ тѣхъ, на которыхъ чертится кривая температуры, и гдѣ каждому дѣленію по горизонтали соотвѣтствуетъ опредѣленная единица времени,[1]—мы можемъ легко нарисовать ходъ развитія „разстройства въ быстротѣ смѣны мыслей“ То-же самое можно

[1]) Для этого можно пользоваться тѣми же листами, которые назначены для графическаго анализа по отдѣльнымъ элементарнымъ разстройствамъ: нужно только отрѣзать у нихъ нижній отдѣлъ, гдѣ перечисляются элементарныя разстройства Вверху остается мѣсто для записей соотвѣтствующихъ чиселъ мѣсяца

продѣлать и относительно другихъ проявленіи. Такимъ образомъ мы можемъ получить рядъ кривыхъ отдѣльныхъ элементарныхъ разстройствъ у даннаго больного. Если мы будемъ ихъ различать или рисуя отдѣльнымъ цвѣтнымъ карандашомъ, или особой формы пунктиромъ, то мы получимъ, правда, довольно сложную, но интересную картину хода болѣзни

Однако прилагая эту идею къ практикѣ, съ самаго перваго раза встрѣчаешься съ затрудненіемъ: хотя отмѣчаемыя разстройства и допускаютъ колебанія въ степени, слѣдовательно измѣримы, но мы не имѣемъ для нихъ объективной мѣрки; измѣрять ихъ можно только субъективно, а это безспорно крайне неудобно, и, что главное, не точно и ведетъ къ ошибкамъ Является задача дать болѣе точные объективные признаки для измѣреній, но эта задача пока еще не разрѣшена

Несмотря на то, что вопросъ о примѣненіи графическаго метода къ изслѣдованію душевныхъ болѣзней такимъ образомъ остается еще открытымъ, я счелъ нужнымъ указать здѣсь на то, на чемъ пока остановился я, такъ какъ и въ такой формѣ онъ мнѣ лично даетъ возможность уяснять себѣ нѣкоторые случаи душевныхъ разстройствъ, а въ смыслѣ пропедевтики игралъ въ моемъ психіатрическомъ развитіи большую роль Но повторяю, задача не рѣшена: нужно съ одной стороны отчасти измѣнить предложенныя мною группы регистрируемыхъ явленій, а съ другой дать болѣе объективную мѣрку для нихъ.

Методъ измѣренія при изслѣдованіи душевно-больныхъ.

Стремленіе найти возможность примѣнить методъ измѣренія къ изслѣдованію душевно-больныхъ существуетъ давно Многіе примѣняли психометрическіе способы психологическихъ изслѣдованій и къ душевно-больнымъ и находили при этомъ довольно рѣзкую разницу между нѣкоторыми душевно-больными и здоровыми, напр., относительно скорости простой психической реакціи, относительно объема сознанія, относительно процесса выбора сочетанія идей. Однако такія изслѣдованія могутъ быть производимы лишь надъ сравнительно небольшимъ числомъ больныхъ, такъ какъ требуютъ большого вниманія со стороны изслѣдуемыхъ, большого терпѣнія и пониманія; опыты трудны и съ совершенно здоровыми людьми, требуютъ часто значительнаго предварительнаго упражненія, инструменты слишкомъ сложны,— поэтому вообще нужно съ большой осторожностью относиться къ результатамъ, получаемымъ при психометрическихъ изслѣдованіяхъ у душевно-больныхъ Изъ этого ясно, что примѣненія психометрическихъ изслѣдованій для распознаванія душевныхъ болѣзней почти не существуетъ; нельзя однако отрицать, чтобы оно было совершенно невозможно, и нѣкоторыя попытки въ этомъ отношеніи существуютъ. Такъ, проф Крепелинъ иногда пользуется измѣрительными приборами для изслѣдованія у больныхъ процесса воспріятія и памяти. Дѣлается это по такому принципу: на вращающійся барабанъ прилаживается бумага съ напечатанными словами, при вращеніи барабанъ проходитъ мимо щели, черезъ которую изслѣдуемый и можетъ видѣть отдѣльныя слова. При очень большой скорости вращенія барабана нѣтъ возможности воспринять словъ, при болѣе медленномъ вращеніи это становится возможнымъ Смотря по быстротѣ воспріимчивости нужно пускать барабанъ съ большею или меньшею скоростью для полученія воспріятія.

Этотъ же приборъ можетъ быть употребляемъ и для изслѣдованія, съ какой быстротой исчезаютъ изъ памяти самыя свѣжія впечатлѣнія, что имѣетъ значеніе при нѣкоторыхъ формахъ разстройства памяти когда почти моментально исчезаетъ изъ памяти воспоминаніе о только что случившемся. Конечно, съ меньшей точностью, но все-таки съ опредѣленнымъ результатомъ можно производить, по примѣру профессора Ригера, такое же изслѣдованіе, пользуясь стробоскопомъ или простымъ картономъ, на которомъ написаны слова и нарисованы различные предметы: картонъ прикрываютъ плотной бумагой со щелью, которую постепенно передвигаютъ, при этомъ слова и рисунки то открываются, то закрываются; въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные забываютъ только что видѣнный ими рисунокъ черезъ самое короткое время, которое можно измѣрить или обыкновеннымъ хронометромъ, или при помощи метронома.

Затѣмъ изслѣдованіе памяти можетъ производиться и такимъ путемъ; пишутъ рядъ отдѣльныхъ слоговъ, которые больной долженъ заучивать: по истеченіи опредѣленнаго срока изслѣдуется, сколько слоговъ сохранилось въ памяти въ надлежащей послѣдовательности.

Изслѣдованіе процесса сочетанія идей производится иногда тоже при помощи вращающагося барабана, на которомъ находится бумага съ тѣмъ или другимъ словомъ, проходящимъ въ извѣстный моментъ мимо щели, черезъ которую оно становится видно изслѣдуемому. Изслѣдуемый долженъ, какъ только увидитъ написанное слово, сказать то слово, которое ему приходитъ первое въ голову по ассоціаціи. При помощи особаго прибора, приставленнаго ко рту, какъ только онъ произнесетъ слово, сейчасъ же дѣлается знакъ на барабанѣ, такъ что можно измѣрить время ассоціаціи. Точно также можно, производя большое количество опытовъ, опредѣлить общее направленіе сочетаній.

Изслѣдованіе процесса соображенія производится между прочимъ при помощи послѣдовательнаго счисленія. Для примѣненія этого метода существуютъ особые листы, рекомендованные Эрномъ, съ напечатанными на нихъ 10-ю столбцами цифръ, каждый столбецъ въ 36 цифръ; столбцы эти находятся въ такомъ разстояніи, чтобы между ними можно было свободно писать числа. Вотъ образецъ начала такого листа.

5	5	8	4	7	8	3	3	1	5
9	2	7	6	5	9	1	5	5	4
7	7	2	2	4	4	6		7	3
3	9	6	3	7	3	8		8	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Изслѣдуемый долженъ сложить два первыхъ числа перваго столбца и записать сумму рядомъ со второй цифрой перваго столбца (въ данномъ примѣрѣ сумма 14 должна быть поставлена около 9). Затѣмъ къ этой суммѣ прибавляется третья цифра и результатъ пишется противъ нея и такъ по порядку, причемъ, когда цифры превышаютъ 100, то сотни не записываются. Изслѣдуемый производитъ счетъ по возможности быстро: черезъ каждый извѣстный промежутокъ времени, напр., минуту, пять минутъ ударяютъ колокольчикъ, и дѣлается отмѣтка (самимъ изслѣдуемымъ на томъ листѣ, гдѣ въ это время происходитъ счетъ). Такимъ путемъ можно изслѣдовать, сколько сложеній произведено въ извѣстный промежутокъ времени, сравнивать результаты при различныхъ состояніяхъ и изслѣдовать быстроту наступленія утомленія.

Изслѣдованіе вліянія утомленія производится также при помощи эргографа Моссо: принципъ этого инструмента заключается въ слѣдующемъ: на средній палецъ изслѣдуемаго надѣвается кольцо, къ которому прикрѣплена нить, перекидываемая через блокъ, а къ концу нити привязанъ опредѣленный грузъ, сгибая палецъ, приподнимаютъ грузъ, степень поднятія отмѣчается на пишущемъ вращающемся барабанѣ въ видѣ вертикальныхъ линій различной высоты Если послѣдовательно сгибать палецъ, то болѣе или менѣе скоро начинаетъ замѣчаться утомленіе, и линіи поднятія дѣлаются все короче и короче Такимъ образомъ можно измѣрять быстроту наступленія утомленія Хотя этимъ путемъ изслѣдуется собственно мышечное утомленіе, но, какъ доказываетъ Моссо, умственное утомленіе отражается на мышечномъ и, наоборотъ, мышечное на умственномъ.

При помощи этого аппарата изслѣдуется между прочимъ вліяніе на утомленіе различныхъ веществъ, каковы: кофе, чай, алкоголь и другіе такъ называемые возбудители Между прочимъ Крепелинъ получилъ интересный результатъ, что алкоголь даже въ малыхъ количествахъ не можетъ служить средствомъ, возстановляющимъ послѣ утомленія; наоборотъ, чай можетъ имѣть такое значеніе.

У Крепелина же производятся опыты съ изслѣдованіемъ процесса такихъ сложныхъ актовъ какъ писаніе у душевно-больныхъ Для этого онъ пользуется особымъ, довольно сложнымъ, имѣющимся у него приборомъ Нужно однако сказать, что, по свидѣтельству самого Крепелина, примѣненіе мѣръ счисленія къ распознаванію душевныхъ болѣзней еще крайне ограничено

Аналогичныя попытки дѣлаются и въ другихъ психіатрическихъ клиникахъ. Такъ, напр, въ Вюрцбургской психіатрической клиникѣ уже довольно давно профессоръ Ригеръ примѣняетъ особый способъ изслѣдованія,—впрочемъ настолько сложный, что на изслѣдованіе одного больного приходится употреблять болѣе ста часовъ, причемъ изслѣдованіе касается только нѣкоторыхъ сторонъ интеллектуальной дѣятельности. Программа изслѣдованія, предлагаемая Ригеромъ такова:

А. Изслѣдованіе перцепціи (констатированіе, что данное впечатлѣніе доносится до сознанія, съ опредѣленіемъ времени этого процесса).

1) Оптическія впечатлѣнія (тутъ примѣняется изслѣдованіе периметромъ и при помощи стробоскопа). 2) Слуховыя (реакція на стукъ). 3) тактильныя, 4) обонятельныя, 5) вкусовыя. 6) общаго чувства (напр., болевыя), 7) воспріятія движеній

В Апперцепція (констатированіе, что впечатлѣніе не только доносится до сознанія но и усиливается имъ, что можетъ быть доказано повтореніемъ, воспроизведеніемъ.

С Память: 1) относительно прежнихъ впечатлѣній вообще (воспоминанія прежнихъ знакомыхъ, событій жизни, мѣста, времени и другихъ обстоятельствъ). 2) для свѣжихъ впечатлѣній: а) зрительныхъ, при помощи указаннаго выше способа, при помощи бумаги со щелью, при помощи буквъ алфавита, далеко отставленныхъ, б) звуковыхъ (повтореніе черезъ извѣстный промежутокъ сказанныхъ словъ, запоминаніе собственныхъ именъ), в) осязательныхъ (опредѣленіе мѣста прикосновенія, черезъ сколько времени) г) обонятельныхъ, д) вкусовыхъ, е) общаго чувства (сколько времени держится болевое ощущеніе), ж) связанныхъ съ движеніями (повтореніе произведеннаго движенія).

D Непосредственное воспроизведенiе (подражание, для чего нужно сохраненiе перцепцiи и репродукцiи).

1) Воспроизведенiе говоримаго: а) алфавита родного языка; алфавита незнакомаго языка; б) комбинацiи звуковъ, слоговъ, словъ постепенно усложняющихся по конструкцiи; на русскомъ языкѣ впрочемъ такихъ словъ, какiя могутъ быть на нѣмецкомъ и нѣтъ: Ригеръ приводитъ напр, такое ужасное слово „Vierwaldstätterseesalonschraubendampfreactienkonkurrenzgesellschaftsbüreauassistent“[1] Слова произносятся и на знакомомъ, и на незнакомомъ языкѣ, 2) воспроизведенiе пѣнiя, 3) насвистыванiя, 4) другихъ звуковъ (кваканiя, звукоподражанiя), 5) воспроизведенiя мимики и жестовъ, смѣха, плача, показыванiе языка, киванiя, 6) воспроизведенiе написаннаго, 7) нарисованнаго

E. Проявленiя внутренней сочетательной дѣятельности.

1) Словесныя: а) произнесенiе по требованiю изслѣдующаго рядовъ словъ чиселъ (алфавитъ по порядку, счисленiя годовъ молитвъ, стихотворенiй), б) непосредственные отвѣты на вопросы (какъ зовутъ, какой главный городъ), в) самостоятельная рѣчь (при чемъ обращается вниманiе на ея составныя части — преобладанiе существительныхъ, прилагательныхъ, рифмъ и пр). 2) Замѣняющiя рѣчь движенiя; 3) писанiе и его особенности, 4) пѣнiе знакомыхъ мотивовъ, 5) насвистыванiе или игра на музыкальныхъ инструментахъ, 6) другiя двигательныя проявленiя ассоцiацiи (заводка часовъ), 7) рисованiе, выдѣлка моделей

F. Узнаванiе.

1) Безъ помощи рѣчи: а) зрительныхъ впечатлѣнiй, б) звуковыхъ, в) прочихъ чувствъ 2) Идентификацiя сенсорiальнаго впечатлѣнiя съ словеснымъ понятiемъ: а) съ произнесеннымъ аа) зрительныхъ впечатлѣнiй (лицъ, предметовъ, напр, монетъ, почтовыхъ марокъ), рисунковъ, изображенiя дѣятельности, изображенiя свойствъ, буквъ, слоговъ, словъ, цифръ и сложныхъ чиселъ, знаковъ препинанiя музыкальныхъ нотъ, вв) слуховыхъ впечатлѣнiй,—пѣнiя, насвистыванiя и музыкальныхъ тоновъ и мелодiй, сс) впечатлѣнiй изъ другихъ органовъ чувствъ (напр., собственныхъ движенiй), б) съ написаннымъ.

G Переведенiе впечатлѣнiй на словесныя понятiя

1) на звуковую рѣчь (въ порядкѣ вышеуказанномъ), 2) на письмо

H. Комбинаторная дѣятельность—опредѣляется возможностью производить счисленiя и т. п. дѣйствiя,—производствомъ различныхъ задачъ сложенiя, вычитанiя, умноженiя, дѣленiя—съ опредѣленiемъ времени рѣшенiя. Задачи, смотря по обстоятельствамъ, могутъ усложняться, могутъ группироваться по категорiямъ элементовъ, по основнымъ свойствамъ; опредѣляется при этомъ, существуетъ-ли способность къ актамъ интеллектуальнаго творчества

Зоммеръ, профессоръ психiатрiи въ Гиссенѣ, въ очень недавно изданной книгѣ „О методахъ изслѣдованiя душевныхъ болѣзней“, развилъ мысль Ригера и, принявъ за принципъ, что для сравненiя реакцiи необходимо пользоваться всегда раздраженiемъ одной и той же силы, составилъ рядъ схемъ для изслѣдованiя Чтобы понять идею Зоммера, я представлю какъ, напр., онъ изслѣдуетъ такъ называемое „внушаемость больныхъ къ воспроизведенiю

движеній и реакцію на пассивныя движенія", т. е насколько больной воспроизводитъ по подражанію движенія, которыя передъ нимъ происходятъ; для этого есть печатныя схемы такого рода:

Имя	
Дата	№
Время	положеніе больного въ началѣ опыта:
а) внушаемость къ движеніямъ:	б) пассивныя движенія:
1. руку направо	1. сгибаніе правой руки,
2. руку налѣво	2. наклоненіе головы вправо,
3. круговое движеніе рукой	3. наклоненіе головы влѣво,
4. крестообразное движеніе рукой	4. наклоненіе внизъ,
5. наклоненіе головы	5. указательный палецъ къ носу,
6. свиваніе усовъ	6. закрываніе глазъ,
7 морщить лобъ	7. поднятіе правой руки,
8. высунуть языкъ	8. сгибаніе туловища,
9. качать головой	9. сгибаніе праваго колѣна,
10. растопыривать пальцы	10. сгибаніе лѣваго колѣна

Для изслѣдованія „внушаемости" экспериментаторъ становится передъ больнымъ и по порядку продѣлываетъ всѣ перечисленныя движенія и записываетъ, воспроизводитъ ли ихъ больной или нѣтъ и какъ воспроизводитъ. Для изслѣдованія реакціи на пассивныя движенія тоже продѣлываются они по порядку, и отмѣчается, сопротивляется ли больной или нѣтъ. По той же самой схемѣ повторяется изслѣдованіе черезъ день, два, недѣлю—словомъ черезъ извѣстные сроки, и такимъ образомъ получается будто-бы возможность судить о колебаніи внушаемости, пассивности и пр.

Въ этомъ родѣ и цѣлый рядъ другихъ изслѣдованій; для всѣхъ категорій существуетъ напечатанная схема, по которой и происходитъ изслѣдованіе даннаго проявленія—много разъ у одного и того-же больного. При изслѣдованіи нѣкоторыхъ сторонъ психической дѣятельности отмѣчается также и *время,* въ теченіе котораго за даннымъ импульсомъ произошла реакція.

Схема для изслѣдованія способности оріентироваться состоитъ изъ 22-хъ вопросовъ: 1, какъ васъ зовутъ, 2, кто вы, 3, сколько вамъ лѣтъ, 4, гдѣ вы живете, 5, который теперь годъ, 6, какой мѣсяцъ, 7, какое число, 8, какой день недѣли, 9, сколько времени вы здѣсь, 10, въ какомъ вы городѣ, 11, въ какомъ домѣ, 12, кто васъ сюда привезъ, 13, что за люди васъ окружаютъ, 14, гдѣ были вы недѣлю назадъ, 15, гдѣ были вы мѣсяцъ назадъ, 16, гдѣ провели вы Рождество, 17, печальны ли вы, 18, больны ли вы, 19, не преслѣдуютъ ли васъ, 20, не смѣются ли надъ вами, 21, слышите ли вы презрительные голоса, 22, видите ли вы страшныя фигуры

Отвѣты на напечатанныхъ бланкахъ записываются изо дня въ день, и по числу вѣрныхъ отвѣтовъ Зоммеръ думаетъ опредѣлить колебанія способности оріентироваться.

Изслѣдованіе памяти производится по той же системѣ, т. е по записыванію отвѣтовъ на одни и тѣ-же вопросы, напечатанные на схемѣ. Тутъ 14 вопросовъ, а именно: 1, алфавитъ, 2, порядокъ чиселъ, 3, названіе мѣсяцевъ, 4, названіе дней недѣли, 5, Deutschland, Deutschland über alles (sic!), 6, Отче нашъ 7, 10 заповѣдей 8, названіе главныхъ рѣкъ Германіи, 9, названіе столицъ Пруссіи, Саксоніи, Баваріи, Вюртемберга, Гессена, 10, Съ кѣмъ велась война

1870 г.? 11, съ кѣмъ война 1866 г.? 12, какъ имя герцога Гессенскаго? 13, какъ имя теперешняго императора Германіи? 14, когда умеръ Вильгельмъ I?

Чуть не ежедневные отвѣты на эти вопросы будто-бы даютъ возможность опредѣлить колебанія памяти.

Въ томъ же родѣ есть схема для счисленія: на ней рядъ задачъ по сложенію, вычитанію, дѣленію, умноженію, рѣшеніе уравненій. *Результатъ пишется на схемѣ и отмѣчается время*, потребовавшееся на рѣшеніе. И задачи при каждомъ опытѣ рѣшаются все одни и тѣ же.

Для изслѣдованія процесса ассоціаціи существуютъ длинныя схемы, въ которыхъ написаны слова, вызывающія ассоціативную работу. Противъ нихъ оставлено мѣсто для вписыванія словъ, вызванныхъ по ассоціаціи и скорость реакціи. Всю схему я не стану переводить, отмѣчу только, что вызывающія слова раздѣлены на три группы: 1-я содержитъ слова, обозначающія качества, систематически разгруппированныя напр., а) свѣтлый, темный, зеленый, б) широкій, высокій, в) спокойный, медленный, г) гладкій, мягкій, д) холодный, теплый, е) громкій, ж) душистый, з) сладкій, и) больэненный, і) прекрасный. 2-ая группа — предметы: голова, столъ, комната, гора, цвѣтокъ, орелъ, мужчина, солдатъ и пр. 3-я —понятія: болѣзнь, счастье, гнѣвъ, желаніе, разумъ, сонъ, законъ и междометія.

Въ результатѣ многократныхъ изслѣдованій можно нарисовать кривыя, указывающія на колебанія въ ассоціаціяхъ той или другой категоріи.

Въ общемъ методъ Зоммера, не лишенный нѣкотораго интереса, производитъ впечатлѣніе чего то очень сложнаго и во многихъ случаяхъ очень затруднительнаго способа изслѣдованія. Вѣроятно въ громадномъ большинствѣ случаевъ онъ не даетъ опредѣленныхъ результатовъ; я впрочемъ не имѣю личной опытности въ немъ.

Гораздо болѣе интересны приводимые въ томъ же сочиненіи Зоммера указанія, какъ точно измѣрять реакцію зрачковъ, регистрировать пателлярные рефлексы и движенія конечностей въ трехъ направленіяхъ. Для всего этого онъ предлагаетъ имъ изобрѣтенные инструменты. — Тутъ же онъ рекомендуетъ для нѣкоторыхъ случаевъ пользованіе фонографомъ для воспроизведенія и анализа рѣчи больныхъ (по темпу и по нотамъ), а также стереоскопической фотографіей (моментальные снимки днемъ съ вспышками магнія) и движущейся фотографіей.

Все, что было говорено до сихъ поръ, касалось діагностики больного, относительно котораго можно не сомнѣваться, что онъ душевнобольной.

Но нужно считать за правило, каждый разъ, даже въ случаяхъ кажущихся совершенно ясными, поставить себѣ вопросъ: дѣйствительно ли есть въ данномъ случаѣ душевная болѣзнь, или нѣтъ. Мнѣ извѣстны случаи, гдѣ довольно опытные врачи, подъ вліяніемъ предвзятой идеи, основанной на показаніяхъ лицъ, казавшихся достовѣрными, что изслѣдуемый—субъектъ душевно-больной, объясняли то, что они наблюдали, душевнымъ разстройствомъ, а на самомъ дѣлѣ были только особенности проявленія характера или шутки со стороны изслѣ-

дуемаго. Еще несравненно чаще бываетъ обратное: душевная болѣзнь не замѣчается, потому что у врача существуетъ предвзятая идея, что у больного какое нибудь другое страданіе, а не душевная болѣзнь. Вообще нужно замѣтить, что въ публикѣ существуетъ предубѣжденіе, что психіатры „во всѣхъ людяхъ находятъ признаки сумашествія". Это однако совершенно невѣрное воззрѣніе. Психіатры больше, чѣмъ ктонибудь понимаютъ разницу между душевно здоровыми и душевно больными людьми и вовсе не имѣютъ наклонности видѣть болѣзнь тамъ, гдѣ ея нѣтъ. Это доказывается многочисленными фактами изъ жизни; сколько разъ бываетъ, что по тѣмъ или другимъ соображеніямъ не врачи желаютъ опровергнуть духовное завѣщаніе, ссылаясь на душевную ненормальность завѣщателя, а экспертъ-психіатръ совершенно отрицаетъ это заявленіе. Къ сожалѣнію гораздо чаще бываютъ ошибки въ другомъ отношеніи — душевно-больные, напр., при началѣ меланхоліи принимаются за здоровыхъ.

Во всякомъ случаѣ вопросъ о существованіи душевнаго разстройства психіатръ долженъ всегда ставить, и въ громадномъ большинствѣ случаевъ достаточно очень немногихъ данныхъ, чтобы онъ отвѣтилъ на него съ полной увѣренностью. Но это далеко не всегда. Есть случаи, когда это и очень трудно. Это бываетъ бóльшею частью тогда, когда или родственники, видя нѣсколько неправильные поступки больного,—неуживчивость, расточительность и пр., спрашиваютъ не боленъ ли онъ, или спрашиваетъ объ этомъ администрація или судъ.

Тутъ нужно очень тщательно взвѣсить всѣ данныя и отвѣтить сообразно съ ними, по возможности освободившись отъ превзятыхъ идей. Часто факты вполнѣ очевидно для всякаго знающаго человѣка говорятъ за существованіе болѣзни, и тогда врачу остается только собрать ихъ и сгруппировать такъ, чтобы и другимъ, не спеціалистамъ, это было ясно. Но въ другихъ случаяхъ вопросъ рѣшается съ очень большимъ трудомъ. Это главнымъ образомъ въ слѣдующихъ категоріяхъ случаевъ: 1) въ случаяхъ, гдѣ психическое разстройство есть только выраженіе какой-нибудь другой общей болѣзни, напр., тифа, менингита, остраго энцефалита; въ такихъ случаяхъ, впрочемъ, тщательное изслѣдованіе и наблюденіе за развитіемъ болѣзни обыкновенно скоро выясняетъ дѣло; 2) въ случаяхъ, гдѣ ненормальное состояніе проявляется въ состояніи психической неуравновѣшенности, гдѣ болѣзнь проявляется въ аномаліяхъ характера. Между индивидуумами съ такимъ характеромъ и нормальными людьми съ одной стороны, и типично душевнобольными съ другой стороны, существуетъ масса переходныхъ ступеней. Границы душевной болѣзни и душевнаго здоровья не всегда очень

рѣзки, также какъ и границы тѣлеснаго здоровья и тѣлесной болѣзни. Поэтому далеко не во всѣхъ случаяхъ можно считать какое-нибудь лицо, имѣющее слабую волю, усиленныя вредныя влеченія, напр., къ вину, къ интригамъ, всякое лицо, наклонное къ чрезмѣрной ревности или къ подозрительности, или къ аффектамъ и представляющее вообще небольшіе признаки психической неуравновѣшенности, за несомнѣнно душевно-больного, такого, напр., какъ больной въ состояніи маніи, меланхоліи и пр. Его нельзя и лишать нѣкоторыхъ правъ, которыми онъ пользуется въ качествѣ здороваго психически человѣка, нельзя и освобождать отъ отвѣтственности за какое-нибудь дѣяніе.

Въ такихъ случаяхъ единственный выходъ для врача — выяснить значеніе патологическаго элемента въ личности больного и опредѣлить его вліяніе на всю душевную сферу. Если при этомъ окажется, что патологическій элементъ господствуетъ и лишаетъ возможности нормальнаго поведенія, то нужно примѣнять тѣ мѣры, которыя примѣняются по отношенію къ душевно-больнымъ. Нельзя не сказать однако, что почва для сужденія въ такихъ случаяхъ очень шатка и потому неудивительно, что даже очень авторитетные психіатры, обсуждая одинъ и тотъ же сомнительный случай, иногда діаметрально расходятся во взглядахъ.

3-ю категорію случаевъ, въ которыхъ смѣшеніе съ здоровымъ состояніемъ вполнѣ возможно, представляютъ начальныя явленія многихъ душевныхъ болѣзней, когда симптомы еще недостаточно обнаружились, и когда въ условіяхъ жизни больного есть причины, которыя могутъ и у нормальнаго человѣка вызвать реакцію похожую на душевное разстройство; такъ, напр., легко смѣшать меланхолію, развившуюся послѣ тяжелой утраты, съ естественной тоской послѣ несчастія, маніакальную распущенность, вызывающую кутежи — съ проявленіемъ безнравственности,—но обыкновенно опытный врачъ найдетъ въ самомъ больномъ признаки для дифференціальной діагности, да и дальнѣйшее теченіе указываетъ на несомнѣнно патологическія проявленія.

4-ю категорію случаевъ, въ которыхъ возможна ошибка, составляютъ такіе случаи, гдѣ къ вамъ приводятъ человѣка, о которомъ сообщаютъ, что онъ совершалъ тѣ или другіе, по разсказу, несомнѣнно болѣзненные поступки, а вы изъ личнаго разспроса и изслѣдованія или совсѣмъ ничего не находите или находите лишь сомнительныя данныя. Въ такихъ случаяхъ приходится откладывать рѣшеніе до того, когда или признаки болѣзни станутъ ясны, или окажется, что свѣдѣнія, сообщаемыя вамъ, невѣрны или совершенно ложны, или крайне преувеличены (что иной разъ бываетъ слѣдствіемъ излишняго страха и за-

боты о предполагаемомъ больномъ) —Къ такого рода затруднительнымъ случаямъ принадлежатъ между прочимъ попадающiеся каждому психіатру казусы, когда къ нему приходятъ два супруга, причемъ мужъ выставляетъ психически больную жену, а жена—мужа, причемъ оба приводятъ цѣлый рядъ доводовъ въ доказательство своего мнѣнія. Обыкновенно впрочемъ внимательнаго изслѣдованія достаточно, чтобы опредѣлить, кто именно боленъ, или что оба преувеличиваютъ.

Наконецъ 5-ю категорію случаевъ, гдѣ рѣшеніе вопроса о томъ, существуетъ-ли душевная болѣзнь, очень трудно, представляютъ тѣ, въ которыхъ изслѣдуемое лицо или притворяется больнымъ, или, наоборотъ, старательно скрываетъ свои болѣзненныя проявленія.

Притворство (симуляція) со стороны больного обусловливается чаще всего тѣмъ, что лицо, обвиняемое въ какомъ нибудь преступленіи, желаетъ избѣгнуть отвѣтственности, такъ какъ душевно-больные неотвѣтственны. Рѣшеніе вопроса о существованіи симуляціи можетъ быть сдѣлано только послѣ довольно продолжительнаго наблюденія. Въ большинствѣ случаевъ симулянты не выдерживаютъ роли до конца и не представляютъ той гармоніи симптомовъ, какую представляютъ истинно душевно-больные. Они утрируютъ и представляютъ не истинно душевнобольныхъ, а такихъ, о которыхъ они знаютъ по романамъ или по сценѣ. Физическіе признаки часто не гармонируютъ съ психическими. Однако я долженъ предостеречь отъ того, чтобы очень быстро составлять заключеніе о притворствѣ только на основаніи того, что мы не находимъ полнаго совпаденія признаковъ болѣзни у испытуемаго съ описаніемъ данной болѣзни въ учебникахъ. Дѣло въ томъ, что у дегенерантовъ, истеричныхъ и т. п. болѣзнь идетъ нерѣдко совершенно не типично и разнообразіе въ этихъ уклоненіяхъ отъ типа бываетъ очень велико. Точно также нельзя основывать свое заключеніе о притворствѣ на замѣчаемой у испытуемаго утрировкѣ симптомовъ. Иногда сама утрировка есть проявленіе болѣзни, частью зависящее отъ формы болѣзни (наприм., при истеріи), частью отъ индивидуальности больного. Такъ я замѣчалъ, что душевно-больные изъ театральнаго міра (артисты, ученики драматическихъ школъ) часто поражаютъ утрировкой проявленія своего болѣзненнаго состоянія и могутъ подать поводъ думать о симуляціи, когда ея вовсе и нѣтъ. Затѣмъ не нужно забывать и того, что иногда больной дѣйствительно симулируетъ какую-нибудь болѣзнь, но у него хотя и нѣтъ болѣзни, которую онъ изображаетъ, но все-таки есть настоящая болѣзнь, о которой онъ самъ и не знаетъ. Такъ, наприм., лица, страдающія въ дѣйствительности сутяжнымъ помѣшательствомъ, иногда для своихъ цѣлей притворяются душевно-больными, наприм.,

маніаками. Маніи у нихъ нѣтъ, она притворная; но сутяжное помѣшательство есть, хотя самъ больной его и не сознаетъ.

Вообще очень быстро рѣшать вопросъ о симуляціи не слѣдуетъ. Нужно помнить, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ симулировать душевную болѣзнь начинаетъ человѣкъ, имѣющій дѣйствительные задатки болѣзни.

Тѣмъ не менѣе существуютъ несомнѣнные случаи симуляціи душевныхъ болѣзней, ставившіе даже опытныхъ врачей въ крайнее затрудненіе. Маньянъ описалъ одинъ случай симуляціи со стороны убійцы, который въ теченіе многихъ мѣсяцевъ симулировалъ глубокій ступоръ съ нечистоплотностью. Симуляція была настолько правдоподобна, что многіе изъ психіатровъ, посѣщавшихъ больницу, считали преступника за больного. Лишь Маньянъ въ этомъ сомнѣвался и окончательно убѣдился въ этомъ, когда при изслѣдованіи индуктивнымъ токомъ замѣтилъ, что преступникъ реагируетъ не такъ, какъ слѣдуетъ въ дѣйствительности, а такъ, какъ онъ думаетъ, что должна быть реакція у больного: передъ примѣненіемъ индуктивнаго тока Маньянъ нарочно объяснялъ въ присутствіи испытуемаго, — что при такой формѣ, которую представлялъ преступникъ,—долженъ быть такой-то эффектъ индуктивнаго тока; этотъ эффектъ—въ дѣйствительности однако небывающій—и получался. Это подтвердило предположеніе о симуляціи, но преступникъ продолжалъ играть свою роль и въ судебномъ засѣданіи. Только когда судъ, не совсѣмъ увѣренный въ справедливости словъ Маньяна, утверждавшаго, что здѣсь нѣтъ болѣзни, а есть симуляція,—не вынесъ приговора смертной казни, — обрадованный преступникъ совершенно измѣнилъ свой видъ: слѣдовъ болѣзни, какъ не бывало.

Внимательное наблюденіе за больными, строгое взвѣшиваніе всѣхъ симптомовъ, гармоничность ихъ между собою, полное согласіе съ теченіемъ несомнѣнныхъ психозовъ, наконецъ нѣкоторые несимулируемые *объективные* признаки, какъ полное отсутствіе сна, сравненіе положеженія больныхъ при врачахъ и при прислугѣ, разница въ зрачкахъ,—обыкновенно даютъ возможность рѣшить вопросъ, въ чемъ дѣло При изслѣдованіи сомнительныхъ больныхъ приходится иногда прибѣгать къ нѣкоторымъ особенностямъ наблюденія,—дѣлать опыты, позволяющіе судить насколько больной реагируетъ на то или другое впечатлѣніе;—но было бы неправильно, несправедливо и жестоко прибѣгать къ какимъ нибудь мѣрамъ, могущимъ, хотя-бы и раскрыть обманъ, но повредить больному, напр., употребленіе ядовъ, уменьшающихъ задерживающее вліяніе воли (напр., хлороформа, вина), или пользованіе гипнозомъ, или такія жестокія мѣры, какъ испытаніе терпѣнія изслѣдуемаго помѣхой ко сну,

или употребленіе суровыхъ мѣръ, какъ-бы для лѣченія. Прежде, къ сожалѣнію, и такія мѣры примѣнялись, но теперь никакой уважающій свое званіе врачъ къ этому не обратится.

Притворство въ обратномъ смыслѣ, т.-е. **скрываніе болѣзни (диссимуляція)** бываетъ у душевно-больныхъ, желающихъ выйти изъ больницы или боящихся попасть въ нее. Нѣкоторые паранойики очень хитро скрываютъ свой бредъ и часто никакими средствами не удается его обнаружить, и только внѣшній habitus, выраженіе лица и т. п. выдаютъ, что у больного на душѣ не то, что̀ онъ высказываетъ. Нужно признаться однако, что узнать это не всегда удается.

Въ виду того, что съ одной стороны душевныя болѣзни иногда долгое время выражаются ничтожными симптомами, а съ другой—въ виду возможности симуляціи и диссимуляціи—врачъ, высказываясь по вопросу о существованіи факта душевной болѣзни или отсутствія ея, долженъ быть *очень остороженъ*. Въ случаяхъ сколько-нибудь сомнительныхъ онъ долженъ употребить всѣ мѣры для раскрытія истины прежде, чѣмъ выскажетъ свое категорическое заключеніе, *особенно въ формѣ письменнаго удостовѣренія*. Очень нерѣдко къ врачу обращаются за удостовѣреніемъ, что данное лицо страдаетъ психически или наоборотъ, совершенно здорово психически. Прежде всего нужно помнить, что̀ безъ личнаго осмотра больного, и притомъ незадолго до выдачи, писать такого свидѣтельства нельзя, иначе могутъ быть большія недоразумѣнія съ тяжелыми для чести и достоинства врача послѣдствіями. Затѣмъ, конечно, въ случаяхъ несомнѣнной душевной болѣзни можно давать категорическое свидѣтельство. Въ случаяхъ, хотя и сомнительныхъ, но въ такихъ, въ которыхъ врачъ дѣйствительно подозрѣваетъ душевную болѣзнь, онъ долженъ описать подробно симптомы, которые онъ наблюдаетъ, и въ заключеніе высказывать свое мнѣніе съ указаніемъ на то, что это мнѣніе высказывается не какъ достовѣрное, а съ бо̀льшею или меньшею степенью вѣроятности. Если идетъ дѣло о выдачѣ свидѣтельства о полномъ психическомъ здоровьѣ, то помня, что нѣкоторые случаи душевнаго заболѣванія бываютъ выражены очень нерѣзко и не могутъ быть сразу констатированы, врачъ не долженъ давать своего заключенія о сохраненіи здоровья въ такихъ словахъ: „NN совершенно психически здоровъ“, а только: „я не могъ констатировать никакихъ признаковъ душевнаго разстройства“, или если идетъ вопросъ о какой-нибудь опредѣленной формѣ болѣзни, наприм., прогрессивнаго паралича: „я не могъ констатировать никакихъ признаковъ прогрессивнаго паралича“. Само собою разумѣется, что если больной находился подъ наблюденіемъ врача и врачъ находитъ, что болѣзнь кончилась выздоровленіемъ, онъ можетъ удостовѣрить это.

Заключение врача о симуляціи болѣзни должно быть даваемо съ крайней осторожностью, при существованіи лишь очень вѣскихъ данныхъ.

Прогностика при душевныхъ болѣзняхъ.

Вопросъ о томъ, что ожидаетъ душевно больного въ будущемъ, ставится врачу очень часто. Его ставятъ и родственники больного, его ставитъ и судъ, и учрежденія, въ которыхъ находится на службѣ данный больной, а у лицъ евангелическо-лютеранскаго вѣроисповѣданія его ставятъ и для разрѣшенія развода. Къ сожалѣнію, очень часто для рѣшенія этого вопроса мы не обладаемъ достаточными данными и должны отвѣчать довольно неопредѣленно.

О томъ, какова прогностика отдѣльныхъ формъ душевныхъ болѣзней, мы еще будемъ говорить въ частной патологіи и теранiи душевныхъ болѣзней. Въ настоящее же время намъ слѣдуетъ остановиться на тѣхъ общихъ соображеніяхъ, которыя должны быть при постановкѣ прогностики. По этому поводу я долженъ напомнить, что общія соображенія относительно прогностики должны основываться на твердомъ знаніи того, что сказано было о теченіи и исходахъ душевныхъ болѣзней. Въ соотвѣтствующей главѣ, считая излишнимъ теперь повторять это, я прибавлю здѣсь лишь то, что спеціально нужно для постановки предсказанія.

Ставя прогностику у душевно больныхъ, мы должны рѣшить слѣдующіе вопросы: 1) представляетъ ли данное заболѣваніе опасность для жизни, 2) есть ли надежда на излѣченіе, 3) если будетъ излѣченіе, то какъ долго можетъ протянуться болѣзнь, 4) если полнаго излѣченія не будетъ, то на какой исходъ можно разсчитывать, можно ли разсчитывать на относительное поправленіе или нѣтъ, будетъ ли оно длительное или кратковременное, 5) если болѣзнь кончилась выздоровленіемъ, то насколько вѣроятенъ возвратъ ея и 6) каково вліяніе на потомство.

1. Что касается до перваго вопроса, т.-е вопроса объ опасности для жизни, то вообще душевныя болѣзни представляютъ сравнительно небольшую опасность для жизни, хотя нѣкоторыя формы болѣзни нужно отмѣтить, какъ формы опасныя и могущія повести къ смерти. Особенно опасна форма, извѣстная подъ названіемъ остраго бреда (**delirium acutum**), при которой чаще всего наступаетъ смерть, при томъ довольно быстро—въ двѣ, три недѣли. Другая тяжелая болѣзнь **paralysis progressiva alienorum** — тоже всегда въ концѣ кон-

цовъ ведетъ къ смерти, но смерть при ней бываетъ черезъ нѣсколько лѣтъ отъ начала болѣзни, хотя нельзя ручаться, что больной не умретъ какъ-нибудь неожиданно отъ бывающихъ при этой болѣзни апоплектиформныхъ и эпилептиформныхъ припадковъ. Смертью же кончается, и тоже обыкновенно черезъ нѣсколько лѣтъ, старческое слабоумие (dementia senilis), и другия формы органическаго заболѣванія головного мозга, выражающіяся психическими признаками. Затѣмъ есть формы, при которыхъ, хотя смертельный исходъ не составляетъ правила, но все таки его можно нерѣдко опасаться; таковы формы тяжелой маніи (mania gravis) и полиневритическаго психоза. При нѣкоторыхъ формахъ душевныхъ болѣзней можно опасаться смерти въ зависимости отъ какихъ-нибудь особенностей теченія: такъ при меланхоліи и при тяжелой ипохондріи иногда смерть наступаетъ отъ истощенія вслѣдствіе голоданія или отъ осложненій, къ которому располагаетъ истощеніе. Не нужно также забывать, что меланхолики стремятся къ самоубійству, и смерть можетъ послѣдовать отъ удавшейся попытки къ самоубійству. При нѣкоторыхъ болѣзняхъ, какъ острое галлюцинаторное помѣшательство, бываютъ иногда измѣненія дѣятельности сердца, ведущія къ коллапсу и быстрой смерти.

Но если возможность смерти и нужно оговорить, ведя рѣчь о томъ, что грозитъ больному въ недалекомъ будущемъ, все таки бо́льшая часть душевныхъ болѣзней не представляетъ опасности для жизни. Многие больные живутъ десятки лѣтъ, хотя въ общемъ средняя продолжительность жизни душевно-больного короче, чѣмъ жизнь душевно-здоровыхъ, что̀ можетъ быть зависитъ и отъ условій жизни, скученности помѣщенія, недостаточности движеній, воздуха и т. п

2. Второй вопросъ, который приходится рѣшать, есть вопросъ объ излѣчимости заболѣванія. Вообще душевныя заболѣванія даютъ довольно большой процентъ излѣченій (если разумѣть подъ этимъ излѣченіе отъ даннаго приступа психическаго разстройства). Процентъ этотъ исчисляется различными авторами различно и колеблется между 30% и 40% всѣхъ заболѣваній. Но конечно въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ существуетъ очень много условій, которыя понижаютъ или повышаютъ вѣроятность излѣченія. Въ этомъ отношеніи имѣетъ важное значеніе и форма душевнаго заболѣванія, и особенности теченія, время, протекшее отъ начала заболѣванія, время, когда началось лѣченіе, а также предрасполагающія и производящія причины болѣзни.

Прежде всего вѣроятность излѣченія зависитъ отъ формы болѣзни. Въ этомъ отношеніи существуетъ большая разница между отдѣльными формами душевныхъ заболѣваній. Такъ, прогрессивный пара-

личъ помѣшанныхъ считается неизлѣчимою болѣзнью, а отдѣльные приступы меланхоліи и маніи чаще всего кончаются выздоровленіемъ. Очень плохую прогностику даетъ юношеская форма преждевременнаго слабоумія (dementia praecox). Исходныя формы слабоумія (dementia secundaria) и вторичное помѣшательство (paranoia secundaria) даютъ, какъ извѣстно, плохую прогностику. Вообще хроническія формы помѣшательства даютъ несравненно худшую прогностику относительно излѣченія, чѣмъ острыя. При изложеніи отдѣльныхъ формъ душевныхъ болѣзней мы будемъ говорить о прогностикѣ каждой изъ нихъ, а въ настоящее время можно, какъ общее правило, высказать слѣдующее: чѣмъ болѣе болѣзнь приближается къ чисто функціональнымъ формамъ, чѣмъ менѣе данныхъ предполагать грубо анатомическія измѣненія въ основѣ душевнаго заболѣванія, тѣмъ болѣе шансовъ на излѣченіе. Затѣмъ, чѣмъ болѣе данныхъ на то, что мы имѣемъ дѣло со случайнымъ функціональнымъ заболѣваніемъ на здоровой почвѣ, чѣмъ менѣе данныхъ на то, что психозъ принадлежитъ къ дегенеративнымъ формамъ, тѣмъ болѣе шансовъ на излѣченіе. Въ конституціональныхъ и дегенеративныхъ формахъ нужно дѣлать различіе въ предсказаніи относительно отдѣльныхъ вспышекъ душевнаго заболѣванія и общей психопатической конституціи: отдѣльныя вспышки болѣзни, которыя чаще всего и служатъ поводомъ, по которому обращаются къ врачу, проходятъ и у лицъ съ конституціональными психопатіями, и у дегенерированныхъ лицъ довольно часто (можетъ быть еще чаще, чѣмъ у не дегенерантовъ), но явленія конституціональныя,—каковы: нравственная тупость, различныя проявленія недостаточной приспособленности къ окружающей средѣ, расположеніе къ психическимъ заболѣваніямъ—обыкновенно остаются на всю жизнь. Что касается вообще излѣченія конституціональныхъ проявленій, то хотя бо́льшею частью они не проходятъ, какъ, напр., при наслѣдственной психопатической конституціи, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при другихъ психопатическихъ конституціяхъ могутъ исчезать и конституціональныя измѣненія.

Отдѣльные симптомы душевныхъ заболѣваній имѣютъ большое значеніе для прогностики; такъ, проявленіе слабоумія безъ спутанности составляетъ бо́льшею частью дурной признакъ въ смыслѣ выздоровленія; появленіе паралитическихъ симптомовъ вообще ухудшаетъ прогностику, за исключеніемъ случаевъ, когда ихъ можно приписать периферическому невриту или излѣчимымъ проявленіямъ сифилиса. Систематизація бреда также имѣетъ въ общемъ дурное прогностическое значеніе; появленіе первичныхъ бредовыхъ идей тоже въ общемъ есть явленіе неблагопріятное.

Конечно различныя особенности въ проявленіи болѣзненной формы у даннаго индивидуума играютъ значительную роль. Такъ, наблюдая за теченіемъ болѣзни, можно находить нѣкоторые признаки, по которымъ можно судить объ улучшеніи или ухудшеніи предсказанія. Такъ, наприм., появленіе правильнаго сна, повышеніе вѣса больного параллельно съ улучшеніемъ психическаго состоянія, у женщинъ возстановленіе регулъ, совпадающее съ улучшеніемъ душевной сферы, и т. п. явленія указываютъ опытному психіатру на наклонность болѣзни къ благопріятному исходу. Вообще, чѣмъ типичнѣе форма функціональнаго психоза, тѣмъ болѣе данныхъ на ея излѣченіе, и чѣмъ, наоборотъ, болѣе уклоненій отъ типичнаго теченія, тѣмъ увѣренность въ выздоровленіи должна уменьшаться.

На предсказаніе вліяетъ также способъ начала болѣзни: чѣмъ рѣзче началась болѣзнь, и чѣмъ болѣе начало ея находится въ зависимости отъ опредѣленной, быстро дѣйствующей причины, тѣмъ болѣе шансовъ на выздоровленіе отъ даннаго приступа. Наоборотъ, чѣмъ незамѣтнѣе начало болѣзни, чѣмъ болѣе тѣсно связано заболѣваніе съ обычными свойствами даннаго индивидуума, чѣмъ труднѣе опредѣлить, когда обычныя свойства стали переходить въ болѣзненныя, тѣмъ хуже предсказаніе относительно излѣченія

Предсказаніе чрезвычайно много зависитъ отъ того, сколько времени прошло отъ начала заболѣванія.

Большинство случаевъ выздоровленія бываетъ въ первые девять мѣсяцевъ отъ начала болѣзни. Если прошелъ уже годъ отъ начала болѣзни, то шансы на выздоровленіе значительно падаютъ, и въ третій годъ случаи выздоровленія бываютъ уже рѣдки. Правда, бываютъ случаи выздоровленія и послѣ многихъ лѣтъ душевной болѣзни (10—15 лѣтъ) но эти случаи „позднихъ выздоровленій“ исключительные.

Въ прогностикѣ имѣетъ значеніе иногда и то, имѣемъ ли мы дѣло съ первымъ или повторнымъ заболѣваніемъ. Бо́льшею частью первыя заболѣванія даютъ лучшую прогностику для полнаго выздоровленія. Если мы имѣемъ повторныя заболѣванія и если мы знаемъ, что прежніе приступы кончались безъ всякаго дефекта, то мы можемъ надѣяться на болѣе благопріятный исходъ, чѣмъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ извѣстно, что и первые приступы оставляли признаки умственной слабости. Въ такихъ случаяхъ чѣмъ чаще повторяется болѣзнь, тѣмъ предсказаніе сомнительнѣе.

Повидимому излѣчимость душевнаго заболѣванія много зависитъ отъ времени, когда начато правильное лѣченіе. По статистикѣ нѣкоторыхъ авторовъ изъ больныхъ, поступившихъ въ больницу въ пер-

вый мѣсяць заболѣванія, выздоравливаютъ около 80%, а изъ поступившихъ во второй и третій мѣсяцы—уже гораздо меньше. Эти факты даже при той поправкѣ, что выздоровленіе для поступившихъ въ первые мѣсяцы приходится чаще всетаки на такіе случаи, какъ бѣлая горячка, которая проходитъ и безъ лѣченія, весьма поучительны для тѣхъ, кто боится помѣщать больныхъ въ спеціальныя заведенія изъ опасенія принести имъ вредъ помѣщеніемъ.

Возрастъ заболѣвшаго играетъ тоже большую роль при предсказаніи. Хотя въ дѣтскомъ возрастѣ психозы, если они являются въ формѣ функціональныхъ формъ и могутъ проходить, но всетаки самое появленіе психоза въ такомъ возрастѣ указываетъ на сильное предрасположеніе и даетъ возможность ожидать появленія болѣзни и въ болѣе позднемъ возрастѣ. Нужно замѣтить однако, что вспышки бреда, являющіяся при легкихъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей очень часто не должны считаться грозными признаками. Въ юношескомъ возрастѣ болѣзнь часто оканчивается слабоуміемъ,—отчасти можетъ быть и потому, что въ этомъ возрастѣ существуетъ большая наклонность къ преждевременному слабоумію (dementia praecox). Лучше всего предсказаніе въ возрастѣ между 25—40 годами. Въ возрастѣ около 35—40 лѣтъ у мужчинъ, особенно имѣвшихъ сифилисъ, можно опасаться прогрессивнаго паралича и потому даже при отсутствіи собственно паралитическихъ симптомовъ, нужно быть осторожнымъ въ предсказаніи. Болѣзни, являющіяся въ климактерическомъ періодѣ, часто кончаются неблагопріятно. У стариковъ вообще психозы протекаютъ хуже, чѣмъ у лицъ молодыхъ, и прогностика сомнительнѣе, хотя даже въ очень пожиломъ возрастѣ такіе функціональные психозы, какъ меланхолія, острая спутанность могутъ кончаться выздоровленіемъ.

Что касается пола, то въ общемъ психическія болѣзни у женщинъ чаще кончаются выздоровленіемъ, чѣмъ у мужчинъ. Впрочемъ то обстоятельство, что по больничнымъ отчетамъ мужчины выздоравливаютъ меньше, чѣмъ женщины, зависитъ быть-можетъ отъ того, что между женщинами гораздо рѣже встрѣчается прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, болѣзнь абсолютно неизлѣчимая.

Что касается вліянія наслѣдственности, то вліяніе ея на прогностику не всегда одинаково. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ указаніе на наслѣдственное расположеніе даже облегчаетъ прогностику; это именно, при нѣкоторыхъ легкихъ формахъ бреда, которыя у наслѣдственниковъ такъ же легко проходятъ, какъ и появляются. Но во многихъ случаяхъ наслѣдственность оказываетъ дурное вліяніе на прогностику въ томъ отношеніи, что у наслѣдственниковъ мы вправѣ

ожидать, что по исчезновеніи острыхъ симптомовъ останутся какіе-нибудь признаки психопатической конституціи, которые вообще трудно устранимы.

Что касается до индивидуальныхъ особенностей характера и другихъ свойствъ личности, то вліяніе ихъ на предсказаніе недостаточно изучено, хотя есть нѣкоторыя указанія, что лица съ сильной волей могутъ до извѣстной степени подавлять въ себѣ и уменьшать проявленія такихъ болѣзней, какъ меланхолія, психозъ въ формѣ навязчивыхъ идей. Интеллектуальная хилость вообще располагаетъ къ исходу въ слабоуміе.

Вліяніе профессіи на предсказаніе также изучено очень мало, хотя заслуживаетъ вниманія. Одинъ пожилой опытный психіатръ, еще при началѣ моей врачебной дѣятельности, сообщалъ мнѣ, что ему никогда не приходилось видѣть прочнаго выздоровленія у лицъ духовныхъ—священниковъ, діаконовъ, монаховъ. Въ моей дальнѣйшей дѣятельности я могъ убѣдиться, что это мнѣніе слишкомъ категорично, но тѣмъ не менѣе дѣйствительно у лицъ этой категоріи исходъ болѣзни бываетъ часто неблагопріятный. Это тѣмъ болѣе заслуживаетъ вниманія, что такая дурная въ прогностическомъ отношеніи форма, какъ прогрессивный параличъ, у нихъ бываетъ сравнительно не часто.

Вліяніе на предсказаніе національности тоже очень интересно, но изучено очень мало. Я могъ замѣтить, что отдѣльные приступы даже въ тяжелыхъ проявленіяхъ, у евреевъ въ общемъ даютъ лучшую прогностику, чѣмъ у лицъ иныхъ національностей, населяющихъ среднюю полосу Россіи. Отъ врачей, имѣвшихъ возможность наблюдать душевныя болѣзни среди инородцевъ, населяющихъ сѣверныя губерніи Россіи, я слышалъ, что та прогностика, особенно относительно быстроты теченія болѣзни, къ которой мы привыкли на основаніи опыта среди коренного населенія, часто оказывается невѣрною. Германскіе психіатры отмѣтили, что въ случаяхъ заболѣваній душевными болѣзнями въ Саксоніи больше возможности на смерть отъ самоубійства, чѣмъ въ другихъ мѣстностяхъ.

На прогностику оказываютъ вліяніе также тѣ производящія причины, которыя вызвали заболѣваніе.

Конечно подъ вліяніемъ каждой отдѣльной причины могутъ быть и тяжелыя, и сравнительно легкія проявленія душевнаго разстройства, но все таки нѣкоторые этіологическіе моменты вызываютъ чаще проявленія тяжелыхъ въ прогностическомъ отношеніи разстройствъ, другія наоборотъ болѣе легкихъ. Такъ, напр., психозы, возникшіе подъ вліяніемъ примѣра, даютъ часто при удаленіи больныхъ другъ отъ друга, хоро-

шую прогностику. Моральныя потрясенія, быстро дѣйствующія, какъ испугъ, даютъ болѣе случаевъ излѣченія, чѣмъ гнетущія заботы. Случаи, вызванные ушибами головы, вообще представляютъ прогностику довольно тяжелую, наоборотъ, связанные съ родами и кормленіемъ— благопріятную. При психозахъ отъ острыхъ болѣзней наиболѣе благопріятную прогностику представляютъ случаи, гдѣ психическія измѣненія связаны съ лихорадочнымъ состояніемъ, также случаи, зависящіе отъ истощенія послѣ острыхъ болѣзней. Интоксикаціонные психозы имѣютъ весьма неодинакую прогностику; такъ, при алкоголизмѣ можетъ быть и скоро излѣчимая форма бѣлой горячки, и тяжелыя длительныя формы. Сифилисъ тоже является въ однихъ случаяхъ благопріятнымъ обстоятельствомъ, если есть такія разстройства, на которыя можно разсчитывать дѣйствовать леченіемъ (сифилитическіе психозы при гуммозныхъ опухоляхъ), но если послѣдствіемъ сифилиса является уже общее разстройство въ строеніи тканей, то прогностика неблагопріятна.

3. Если болѣзнь подаетъ надежду на излѣченіе, то нерѣдко приходится рѣшать вопросъ, скоро ли оно можетъ наступить. Срокъ выздоровленія больше всего зависитъ отъ формы болѣзни и потому объ этомъ будетъ сказано при изложеніи отдѣльныхъ формъ. Здѣсь же я считаю нужнымъ замѣтить, что въ большинствѣ случаевъ душевныхъ разстройствъ слѣдуетъ замѣтить родственникамъ, что и при благопріятныхъ обстоятельствахъ болѣзнь тянется нѣсколько мѣсяцевъ, а иногда и цѣлый годъ; это нужно для того, чтобы они своевременно могли рѣшить многіе важные практическіе, напр., экономическіе вопросы. Конечно бываютъ случаи и сравнительно быстраго окончанія, напр., при бѣлой горячкѣ, вспышкахъ бредового состоянія, но большинство психозовъ, какъ было сказано, имѣютъ продолжительное теченіе.

4. Ставя предсказаніе при душевныхъ болѣзняхъ, мы должны имѣть въ виду и другіе исходы, кромѣ излѣченія. Если болѣзнь не излѣчивается, то она переходитъ въ ту или другую исходную форму—въ состояніе вторичнаго слабоумія, во вторичное помѣшательство или въ другія хроническія формы. Чаще всего бываетъ исходъ въ слабоуміе. Часто въ этомъ состояніи больные, хотя и представляютъ рѣзкіе признаки болѣзни, но активность ихъ на столько мала, что они могутъ жить вполнѣ удобно и среди домашней обстановки. Это тоже бываетъ иногда нужно сказать родственникамъ, которые нерѣдко спрашиваютъ о томъ, наступитъ ли время, что больной, хотя бы и не выздоровѣвшій, могъ быть безъ опасности взятъ домой.

Затѣмъ иногда выздоровленіе отъ болѣзни наступаетъ неполное, а съ дефектомъ. Это бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда острая душев-

ная болѣзнь проходитъ, но человѣкъ по выздоровленіи значительно отличается отъ того, какимъ онъ былъ до заболѣванія; онъ хотя и сохраняетъ способности нормальнаго человѣка, но умъ его значительно тупѣе, чѣмъ былъ прежде. Такое выздоровленіе съ дефектомъ бываетъ нерѣдко послѣ тяжелыхъ острыхъ психозовъ, затянувшихся долѣе обычнаго для этихъ формъ срока. Точно также оно бываетъ нерѣдко послѣ многократнаго повторенія психозовъ у одного и того же больного.

5. Весьма существенный вопросъ, который нерѣдко ставится при выздоровленіи отъ душевнаго заболѣванія, есть вопросъ о возможности возврата болѣзни. Душевныя болѣзни вообще наклонны къ возвратамъ. Приблизительно около 25% всѣхъ выздоровѣвшихъ заболѣваютъ вновь психическою болѣзнью. При этомъ иногда возвратъ заболѣванія является какъ роковая необходимость, что бываетъ, напр., при періодическихъ психозахъ. Въ другихъ же случаяхъ возвратъ является подъ вліяніемъ случайныхъ причинъ. Въ общемъ нужно всегда помнить, что чѣмъ болѣе существуетъ указаній на существованіе психопатической конституціи, выражающейся въ періодическомъ повтореніи психозовъ, или чѣмъ болѣе данный человѣкъ представляетъ признаковъ неустойчивости нервной системы (подъ вліяніемъ наслѣдственности, алкоголизма), тѣмъ болѣе шансовъ на возвратъ заболѣванія.

Иногда по самому теченію перваго заболѣванія можно заподозрить возможность возврата. Такъ, когда приступъ болѣзни проявляется въ маніи, то почти всегда можно считать, что это есть одно изъ проявленій періодическаго психоза. Имѣетъ значеніе также характеръ начала болѣзни — быстрое безъ достаточной причины начало чаще всего также бываетъ при періодическихъ психозахъ; точно также внезапное, почти мгновенное, окончаніе болѣзни заставляетъ подозрѣвать вѣроятность возврата. Сравнительно рѣже бываютъ возвраты заболѣваній въ тѣхъ случаяхъ, когда болѣзнь переходитъ въ выздоровленіе медленно, постепенно, кончается литически, а не критически.

6. Затѣмъ нерѣдко при душевныхъ болѣзняхъ предлагается вопросъ о возможности наслѣдственной передачи болѣзни заболѣвшими родителями. Этотъ вопросъ ставится и относительно уже существующихъ дѣтей и относительно будущихъ, наприм., при вопросѣ о возможности выздоровѣвшему больному или больной вступить въ бракъ.

Что касается возможности заболѣванія дѣтей душевно-больного, то, конечно, возможность эта весьма большая, но для оцѣнки ея степени нужно принимать во вниманіе степень общаго психопатическаго расположенія въ данной семьѣ, условія, отъ которыхъ развилась болѣзнь

у даннаго субъекта, также то, были ли дѣти рождены до начала заболѣванія или послѣ; затѣмъ должно быть принято во вниманіе и состояніе психическаго здоровья здороваго родителя. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ указать, что въ семьяхъ даже съ очень большимъ психопатическимъ расположеніемъ, далеко не всѣ дѣти обречены быть психопатами; многія остаются совершенно нормальными.

Вопросъ о вступленіи въ бракъ выздоровѣвшихъ душевно-больныхъ рѣшается обыкновенно такъ: чѣмъ болѣе полно выздоровленіе, тѣмъ болѣе возможности вступленія въ бракъ. Затѣмъ, если болѣзнь принадлежала къ простымъ психозамъ, то бракъ возможенъ; при тяжелыхъ конституціональныхъ формахъ, при круговомъ помѣшательствѣ, при помѣшательствѣ въ связи съ эпилепсіей, алкоголизмомъ и морфинизмомъ, вообще при дегенеративныхъ формахъ существуетъ гораздо большая опасность для потомства. Если душевная болѣзнь еще существуетъ, то бракъ ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть допущенъ. Нашъ законъ считаетъ недѣйствительными браки съ безумными и сумасшедшими.

Во всякомъ случаѣ для вступленія въ бракъ правильнѣе всегда выждать не менѣе года даже послѣ полнаго выздоровленія.

Общая терапія душевныхъ болѣзней.

Лѣченіе душевныхъ болѣзней, какъ и лѣченіе болѣзней соматическихъ, сводится: 1) къ профилактикѣ, 2) лѣченію самой болѣзни и 3) къ симптоматическому лѣченію, имѣющему цѣлью устранить нѣкоторые болѣе или менѣе тяжелые симптомы, встрѣчающіеся у душевно-больныхъ.

Предупредительное лѣченіе. Профилактика душевныхъ болѣзней.

Профилактическія мѣры относительно душевныхъ болѣзней должны сводиться къ устраненію и предупрежденію вліянія тѣхъ причинъ, которыя вызываютъ душевныя заболѣванія.

Мы знаемъ, что одною изъ главныхъ причинъ душевныхъ болѣзней является наслѣдственность: поэтому на обязанности врача лежитъ употреблять зависящія отъ него мѣры для того, чтобы предупреждать вредное вліяніе наслѣдственности. Правда, сфера вліянія врача въ этомъ отношеніи весьма не велика. Въ самомъ дѣлѣ, хотя многіе ученые, а особенно желающіе казаться учеными, видящіе въ наслѣдственности коренную причину вырожденія съ горечью указываютъ на то, что

люди, такъ много заботящіеся о разведеніи хорошей породы лошадей, домашняго скота и собакъ и достигающіе удивительныхъ результатовъ, именно пользуясь результатами изученія условій передачи наслѣдственныхъ свойствъ,—нисколько не думаютъ о томъ, чтобы такимъ же путемъ улучшить породу людей—всетаки задача измѣненія человѣческаго рода путемъ подбора слишкомъ сложна: она сталкивается съ самыми жизненными интересами человѣка—съ свободой его личности, съ невозможностью провести даже сравнительно простыя и общепризнанныя гигіеническія требованія въ жизнь, разъ они не находятъ себѣ сочувствія въ сознаніи общества и разъ они сталкиваются съ идеями гуманности. А мѣры, которыя слѣдовало бы принять по отношенію къ такой причинѣ, какъ наслѣдственность, крайне сложны и въ высшей степени стѣснительны для отдѣльныхъ личностей и притомъ для очень большого числа личностей. Въ самомъ дѣлѣ, если бы и можно было достигнуть запрещенія брака между людьми, представляющими опасность въ отношеніи передачи душевныхъ болѣзней путемъ наслѣдственности, то тутъ явится вопросъ, много-ли людей не представляютъ въ этомъ отношеніи никакой опасности. Мы знаемъ вѣдь, что наслѣдственная порча проявляется иногда въ такомъ отдаленномъ родствѣ, что ни одного человѣка, у котораго дядя или тетка были душевно больны, нельзя считать свободнымъ отъ опасности явиться посредникомъ наслѣдственной передачи болѣзни. Далѣе, наслѣдственная неустойчивость является и результатомъ усиленнаго труда, и результатомъ даже городской жизни. Можно-ли запретить браки всѣмъ этимъ лицамъ? Да если бы и запретить *законные* браки, если бы разводить всѣхъ супруговъ, оказавшихся послѣ брака дурными производителями,—то какъ воспрепятствовать бракамъ незаконнымъ? Правда, высказывались и такіе крайніе взгляды, что мужчинъ, могущихъ производить вырождающееся потомство, какъ, напр., такъ называемыхъ „прирожденныхъ преступниковъ", нужно кастрировать; но вѣдь этотъ взглядъ граничитъ съ изувѣрствомъ и его можно только теоретически высказывать, проводить же въ жизнь рѣшаются только нѣкоторые американскіе техники-хирурги. Правда въ прежнее время, когда на часть человѣчества смотрѣли какъ на рабочій скотъ, примѣнялись охотно и такія мѣры для усовершенствованія породы, но теперь мы далеко отошли отъ этого времени мрака и попиранія личной свободы.

Въ виду всего этого врачъ по отношенію къ профилактикѣ относительно наслѣдственности не долженъ выставлять такія крайнія требованія; онъ долженъ изучать условія наслѣдственности, просвѣщать въ этомъ отношеніи общество, а запретительныя мѣры долженъ рекомендовать

только въ сравнительно небольшомъ числѣ случаевъ. Такъ, врачъ долженъ энергично протестовать противъ браковъ съ душевно-больными. Хотя и законъ нашъ не признаетъ браковъ заключенныхъ во время помѣшательства, но все таки много браковъ совершается и съ несомнѣнно душевнобольными людьми, съ одной стороны потому, что болѣзнь иногда совершенно незамѣтна не специалистамъ, а съ другой—потому, что родственники часто въ бракѣ видятъ средство для излѣченія душевнаго разстройства. На обязанности врача лежитъ разъясненіе того, что многія чисто дегенеративныя формы (какъ, напр., половое извращеніе, нравственное помѣшательство), также эпилептическое психическое разстройство, циркулярный психозъ могутъ протекать скрытно, проявляться въ признакахъ не рѣзкихъ, мало замѣтныхъ для окружающихъ, а тѣмъ не менѣе браки при этихъ болѣзненныхъ формахъ въ высшей степени опасны для могущаго быть потомства. Точно также опасны для потомства браки съ алкоголиками.

Но вѣдь могутъ заболѣть душевно и уже женатые люди. Законъ тутъ бо́льшею частью безсиленъ, потому что разводъ по поводу душевной болѣзни допускается лишь въ нѣкоторыхъ государствахъ (въ не католической Германіи и вообще для лицъ лютеранскаго исповѣданія), притомъ въ случаяхъ доказанной неизлѣчимости душевной болѣзни. Поэтому, на обязанности врача лежитъ разъясненіе супругамъ того крайняго вреда для потомства, который можетъ произойти отъ половыхъ отношеній между супругами, если одинъ изъ нихъ душевнобольной. На практикѣ нерѣдко бываетъ трудно провести этотъ принципъ, но я считаю его настолько важнымъ, что, если существуетъ возможность дѣторожденія отъ одного изъ душевно-больныхъ супруговъ, то это является вполнѣ достаточнымъ основаніемъ для изоляціи больного или больной отъ семьи. То же самое относится и къ эпилептикамъ, истеро-эпилептикамъ и алкоголикамъ.

Что касается возможности вліянія на потомство предшествовавшей и окончившейся выздоровленіемъ душевной болѣзни одного изъ родителей, то объ этомъ я уже говорилъ въ главѣ о прогностикѣ; послѣ выздоровленія нужно во всякомъ случаѣ запрещать на нѣсколько мѣсяцевъ половыя отношенія между супругами.

Кромѣ этихъ безусловныхъ требованій врачь, разумѣется, долженъ проводить мысль о вредѣ для потомства браковъ съ людьми хилыми, браковъ лицъ очень юныхъ, недоразвитыхъ, браковъ лицъ очень старыхъ, но еще не лишенныхъ способности къ дѣторожденію, браковъ между кровными родственниками изъ дегенеративныхъ семей.

Зная, что не только душевная болѣзнь родителей отражается на

потомствѣ, но и состояніе ихъ во время зачатія, врачу слѣдуетъ распространять въ обществѣ мнѣніе, что половыя отношенія, могущія повести къ зачатію въ состояніи опьяненія одного изъ родителей, грозятъ потомству неисправимымъ вредомъ.

По вопросу о вступленіи въ бракъ врачу часто приходится отвѣчать на запросы заинтересованныхъ лицъ относительно болѣзни (настоящей или бывшей) жениха или невѣсты. Нерѣдко является вопросъ, можетъ ли врачъ сообщать то, что ему извѣстно. Въ этомъ отношеніи я считаю такъ, что принципъ врачебной тайны долженъ быть свято соблюдаемъ; но не нужно понимать „тайну" слишкомъ широко. Нельзя считать за тайну рѣшительно все, что врачъ узналъ по своему положенію врача, и не все то, что онъ узналъ, какъ врачъ, онъ не имѣетъ права обнаруживать, хотя бы для спасенія другого человѣка. Если что-нибудь ему довѣрено, именно, какъ тайна, то́ конечно должно быть безусловно и свято сохранено, но при этомъ желательно, чтобы врачъ обстоятельно узналъ, абсолютно ли долженъ онъ хранить тайну или могутъ быть какія-нибудь обстоятельства, въ которыхъ и ввѣряющій тайну разрѣшаетъ ее открыть. Въ другихъ же случаяхъ разумъ врача, его тактъ и сознаніе, что пустая болтливость вообще не достойна его высокаго званія, — все это даетъ врачу возможность разобраться въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ и понять, какъ онъ долженъ поступить. Очень часто есть возможность, не нарушая тайны, все таки поступить такъ, чтобы предупредить дурныя послѣдствія, которыя могутъ произойти отъ того, что кто-либо скрываетъ свою болѣзнь.

Вопросъ врачебной тайны относительно душевно-больныхъ вообще нельзя рѣшать такъ категорично, какъ относительно нѣкоторыхъ другихъ болѣзней. Въ самомъ дѣлѣ, если къ врачу придетъ душевнобольной, который выскажетъ ему свои болѣзненныя намѣренія совершить самоубійство или убійство, то было бы странно, если онъ изъ-за принципа врачебной тайны будетъ это отъ всѣхъ скрывать.

Другія профилактическія мѣры касаются сохраненія матери во время беременности отъ вредныхъ условій (отъ моральныхъ потрясеній, тяжелаго труда, удаленіе изъ негигіенической мѣстности, напр., въ мѣстностяхъ эндемическаго кретинизма), сохраненіе ребенка отъ могущихъ произойти поврежденій при родахъ, для чего, напр., приходится совѣтывать ранніе роды при узкомъ тазѣ. Условія развитія въ первомъ дѣтствѣ должны также имѣться въ виду, какъ могущія вызвать предрасположеніе къ душевнымъ болѣзнямъ (выборъ кормилицы, запрещеніе употребленія ею вина и наркотическихъ средствъ).

Чрезвычайно важную сторону профилактики составляетъ внима-

тельное отношеніе къ воспитанію. Въ главѣ объ этіологіи душевныхъ болѣзней мы уже говорили о томъ вредѣ, который можетъ принести неправильное воспитаніе въ отношеніи къ нервно—психической организаціи. Воспитаніе нашихъ дѣтей грѣшитъ во многихъ отношеніяхъ. То мы видимъ дѣтей слишкомъ забитыхъ суровымъ воспитаніемъ, даже побоями, то, наоборотъ, избалованныхъ; то дѣти растутъ настолько бережно охраняемыя отъ вліянія среды, что не знаютъ даже игръ со сверстниками, то съ дѣтства окружаются всѣми впечатлѣніями взрослыхъ; мозгъ ребенка часто отягощается массою ненужныхъ свѣдѣній, а не обращается ни малѣйшаго вниманія на укрѣпленіе и развитіе въ немъ опредѣленныхъ и могучихъ руководящихъ началъ. А между тѣмъ, какъ переутомленіе мозга очень располагаетъ къ душевнымъ заболѣваніямъ, такъ точно и избалованность, отсутствіе твердыхъ основъ, чувства долга, сознанія обязанности трудиться, отсутствіе самообладанія и способности управлять своими влеченіями и вниманіемъ, отсутствіе чувства удовольствія отъ труда и отъ принесенія пользы и удовольствія другимъ людямъ. При этомъ всегда нужно помнить, что умственное и нравственное воспитаніе должно итти параллельно съ физическимъ, а не въ ущербъ ему.

Очень часто ставится врачамъ-психіатрамъ вопросъ о томъ, какъ воспитывать дѣтей тѣхъ родителей, которые страдаютъ душевными болѣзнями, что дѣлать для того, чтобы болѣзнь не проявилась у кого-нибудь изъ нихъ. Отвѣтъ на этотъ вопросъ всегда довольно затруднителенъ. Тутъ, конечно, съ особенною строгостью должны соблюдаться всѣ основныя правила разумнаго воспитанія. Забота о всѣхъ критическихъ періодахъ перваго дѣтства должна быть самая педантичная: крайне внимательное отношеніе къ выбору и поведенію кормилицы, къ періоду прорѣзыванія зубовъ, къ разнымъ, даже мелкимъ болѣзнямъ дѣтскаго періода.—Обученіе такихъ дѣтей не нужно начинать рано. Многія изъ нихъ, правда, отличаются преждевременнымъ умственнымъ развитіемъ и сами стремятся къ ученію; конечно, въ такихъ случаяхъ нельзя остановить того, что дѣлается безъ труда само собою, напр., обученіе самоучкою чтенію, письму, счету, но не нужно утрировать обученіе и относительно такихъ, по виду очень способныхъ дѣтей: у нихъ нерѣдко быстро начинающееся развитіе быстро и останавливается. По отношенію къ нѣкоторымъ случаямъ, гдѣ въ семьѣ находятся душевно-больные, безтактно вмѣшивающіеся въ воспитаніе или дѣйствующіе вредно своимъ видомъ и примѣромъ, нужно совѣтывать удалить ребенка изъ своей семьи и помѣстить въ другую, гдѣ можно разсчитывать на правильное и ровное отношеніе. При вос-

питаніи дѣтей, предрасположенныхъ къ нервнымъ и душевнымъ заболѣваніямъ, нужно строго индивидуализировать каждаго ребенка. Иному невропатичному ребенку, въ высшей степени легко теряющемуся и конфузливому, важно то, чтобы кто-нибудь его ободрялъ и мало-по-малу пріучалъ не конфузиться. Другому, наоборотъ, нужна самая серьезная дисциплина, внѣдряющая въ него опредѣленныя, необходимыя для жизни среди общества, привычки. Относительно нѣкоторыхъ дѣтей, представляющихъ съ дѣтства признаки слабости нервной системы, нужно прямо совѣтовать оставить мечту объ окончаніи курса въ среднемъ учебномъ заведеніи, а помѣститься въ деревнѣ среди простой обстановки, такъ какъ можно заранѣе предсказать, что обычныя условія борьбы за существованіе, столь рѣзко обостренной среди городской жизни, окажутся непосильными для нервной системы даннаго индивидуума. Относительно однихъ дѣтей нужно особенно бояться преждевременнаго развитія половой потребности, увлеченія мастурбацией и половыми отношеніями, относительно другихъ употребленія спиртныхъ напитковъ. Вообще нужно сказать, что дѣтямъ вино можно давать только въ случаѣ исключительной надобности; ежедневное-же даже медицинское употребленіе вина можетъ быть очень опасно. У нѣкоторыхъ дѣтей нужно бояться слишкомъ сильнаго развитія фантазіи, религіознаго мистицизма, суевѣрія или чрезмѣрнаго развитія тщеславія и обидчивости. Особенное вниманіе должно быть обращено на развитіе во время половаго періода; тутъ нужно имѣть въ виду и чисто физіологическія явленія (дѣвочки, особенно растущія безъ вліянія разумной матери, часто пугаются первыхъ регулъ, у мальчиковъ преждевременныя и частыя поллюціи ведутъ къ истощенію и ипохондрическому настроенію),—и психическія,—измѣненіе характера, появленіе новыхъ влеченій, заносчивости, разсѣянности, невнимательности къ обученію, иногда странностей. Все это при разумномъ отношеніи воспитателей можетъ пройти благополучно, какъ временное явленіе: при непониманіи-же и нетактичномъ обращеніи можетъ вести къ цѣлому ряду печальныхъ послѣдствій, начиная съ порчи характера до развитія полной нравственной искалѣченности, покушеній на самоубійства или формальнаго психическаго разстройства. Изъ физическихъ мѣръ, полезныхъ у невропатическихъ дѣтей, слѣдуетъ рекомендовать обливаніе и обтираніе прохладной водой: также нужно обращать вниманіе на состояніе носовой полости, правильное питаніе и физическія упражненія.

При извѣстномъ предрасположеніи къ нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ необходимо вниманіе и въ другіе возрасты, кромѣ воспитательнаго; таковъ, напр., климактерическій періодъ у женщинъ.

Разныя профилактическія мѣры по отношенію къ душевнымъ болѣзнямъ естественно вытекаютъ изъ знанія причинъ душевныхъ болѣзней. Конечно, трудно устранить человѣка отъ дѣйствія хоть какой нибудь изъ производящихъ причинъ, но при наличности одной причины нужно принимать серьезныя мѣры для того, чтобы не явилась еще и другая. Поэтому-то относительно лицъ наслѣдственно предрасположенныхъ должны быть приняты особенно тщательныя мѣры къ тому, чтобы другія причины были устранены; то-же самое слѣдуетъ сказать относительно алкоголиковъ и людей переутомленныхъ умственно. Какія профилактическія мѣры должны быть принимаемы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, показываетъ во всѣхъ случаяхъ знаніе и тактъ врача и лицъ, на обязанности которыхъ лежитъ попеченіе объ общественномъ здравіи. Мы хорошо знаемъ, что бѣдность, пауперизмъ является однимъ изъ могущественныхъ факторовъ къ увеличенію числа душевныхъ болѣзней и прямо, и косвенно, вызывая хилость, алкоголизмъ, распространеніе повальныхъ болѣзней. Борьба съ пауперизмомъ является поэтому одною изъ первыхъ задачъ въ дѣлѣ попеченія о народномъ здравіи. Другая забота, нѣсколько совпадающая съ нею, борьба съ алкоголизмомъ, забота о здоровьѣ женщины вообще, о правильномъ воспитаніи молодежи, забота о нормальномъ общественномъ строѣ, о разумномъ удовлетвореніи потребностей различныхъ его слоевъ. Къ сожалѣнію это послѣднее въ высшей степени трудно достигается именно въ наше время, когда вслѣдствіе быстраго усиленія обращенія между людьми, благодаря явившимся въ XIX вѣкѣ усовершенствованнымъ путямъ сообщенія, желѣзнымъ дорогамъ, пароходамъ, телеграфамъ, совпавшаго съ начавшимся въ концѣ XVIII вѣка подъемомъ умственнаго развитія, — явилось стремленіе къ перетасовкѣ общественныхъ группъ. Вслѣдствіе этого многіе люди оказываются вышедшими изъ привычныхъ условій, выбитыми изъ колеи, стремящимися часто къ тому, къ чему у нихъ нѣтъ ни склонности, ни способности, ни силъ. Отсюда масса ненаходящихъ себѣ дѣла неудачниковъ, безпрерывная погоня за всѣми благами заразъ, стремленіе къ неосуществимымъ цѣлямъ—отсюда разочарованіе и зараженіе всего общества гнетущимъ чувствомъ неудовлетворенности. И это отмѣчается какъ у насъ, такъ и въ другихъ цивилизованныхъ странахъ.

Индивидуальныя профилактическія мѣры помимо тѣхъ, которыя касаются наслѣдственности и воспитанія, должны конечно быть приняты по отношенію и ко всѣмъ производящимъ причинамъ, перечисленнымъ въ этіологіи. Мы упомянемъ здѣсь объ устраненіи моральныхъ вліяній, объ особенно вредномъ дѣйствіи на нѣкоторыхъ лицъ

одиночнаго тюремнаго заключенія, психической заразы (индуцированное помѣшательство), умственнаго переутомленія, половыхъ эксцессовъ и неправильностей половыхъ отношеній (онанизмъ, coitus interruptus и reservatus), негигіеническаго образа жизни, о вліяніи травмъ, хирургическихъ операцій, нѣкоторыхъ профессій, соединенныхъ съ безсонными ночами, вліяніемъ непомѣрнаго жара, отравленіями, о вліяніи алкоголя и другихъ ядовъ, о вліяніи цѣлаго ряда острыхъ и хроническихъ болѣзней, особенно недостаточно лѣченнаго сифилиса, о вліяніи беременности, родовъ и кормленія.

Для лицъ, имѣвшихъ уже душевное заболѣваніе, являются иногда спеціальныя указанія для предохранительнаго лѣченія. Такъ, для женщинъ, расположенныхъ къ заболѣванію въ періодъ кормленія нужно воспретить кормленіе; у лицъ, которыя заболѣвали вслѣдствіе утомленія или малокровія, должно особенно строго соблюдаться правило о достаточномъ отдыхѣ и о своевременномъ лѣченіи малокровія. Относительно женщинъ, страдавшихъ послѣродовымъ психозомъ, нерѣдко возникаетъ вопросъ, могутъ ли онѣ имѣть еще дѣтей. Отвѣтъ на этотъ вопросъ всегда долженъ сообразоваться съ индивидуальностью и съ условіями первой болѣзни: зная, что въ большинствѣ случаевъ послѣродовой психозъ есть слѣдствіе инфекціи, мы не можемъ абсолютно воспрещать дѣторожденіе всѣмъ женщинамъ, болѣвшимъ психически послѣ родовъ, но должны предписывать самое внимательное отношеніе къ родовому періоду. Для нѣкоторыхъ женщинъ, у которыхъ роды являются лишь поводомъ для обнаруженія конституціональныхъ психопатическихъ разстройствъ, лучше устранить путемъ воздержанія возможность беременности.

Собственно лѣченіе душевныхъ болѣзней.

Собственно лѣченіе душевныхъ болѣзней распадается на лѣченіе наступающей душевной болѣзни, на лѣченіе уже наступившей болѣзни, которое въ свою очередь раздѣляется на лѣченіе причинное и лѣченіе самой болѣзни.

А. **Лѣченіе наступающей болѣзни** особенно важно въ подготовительномъ, продромальномъ періодѣ душевнаго заболѣванія. Къ сожалѣнію этотъ періодъ очень часто ускользаетъ отъ вниманія не только окружающихъ больного не-врачей, но даже и врачей. Нужно иногда большое вниманіе и спеціальное знаніе, чтобы увидать въ измѣненіи настроенія человѣка, въ измѣненіи его поведенія, влеченій—не простое измѣненіе характера, а начало душевной болѣзни. Врачъ, очень

опытный по другой спеціальности, а не по психіатріи, часто никакъ и не подозрѣваетъ, что являющіяся у его пацiента упорная безсонница, тревожное настроеніе, метаніе (якгація), неспособность сосредоточить мысли и отогнать навязчивую мысль, подвижность вазомоторной системы, иногда даже прямыя жалобы на приближеніе душевной болѣзни — составляютъ предвѣстники тяжелой формы душевнаго заболѣванія. А между тѣмъ принятіе надлежащихъ мѣръ въ это время часто если не обрываетъ болѣзнь, то удерживаетъ развитіе ея на сравнительно низкой степени Мѣры, которыя здѣсь приходится принимать, конечно, различны, смотря по обстоятельствамъ. Во всякомъ случаѣ на первомъ планѣ будетъ устраненіе причины, могущей вызвать болѣзнь, перемѣна условій жизни, отдыхъ отъ занятій и фармацевтическія средства: снотворныя, успокоивающія и укрѣпляющія. Въ большинствѣ случаевъ весьма полезно раннее примѣненіе постельнаго содержанія, притомъ довольно педантично проведеннаго съ возможнымъ ограниченіемъ посѣщеній со стороны знакомыхъ. Совѣтывать дальнія поѣздки нужно съ большой осторожностью, такъ какъ болѣзнь можетъ развернуться во время путешествія.

Б. **Лѣченіе наступившей болѣзни**. Если болѣзнь уже развилась, то при лѣченіи наступившей болѣзни прежде всего нужно считать за правило, чтобы имъ руководилъ врачъ, свѣдущій въ душевныхъ болѣзняхъ (конечно за исключеніемъ случаевъ, гдѣ психическое разстройство чисто симптоматическое, какъ, напр., лихорадочный бредъ). На его обязанности должно лежать и обсужденіе вопроса, насколько другія болѣзни, которыя могутъ быть у больного вмѣстѣ съ душевною, находятся въ связи съ психическимъ разстройствомъ, на его обязанности лежитъ и опредѣленіе причины болѣзни и того, въ какомъ направленіи должно быть предпринято лѣченіе. Наконецъ, на его обязанности лежитъ и опредѣленіе того, насколько душевно больной можетъ вредно вліять на окружающихъ его здоровыхъ и настаивать на отдѣленіи больного отъ его семьи.

Опредѣленіе причины болѣзни должно быть первымъ условіемъ правильнаго лѣченія, такъ какъ отъ этого зависитъ и направленіе лѣченія и даже рѣшеніе вопроса, гдѣ больного лѣчить.

Причинное лѣченіе, т.-е лѣченіе душевной болѣзни въ зависимости отъ причины, которою она вызвана, въ различныхъ случаяхъ бываетъ, конечно, очень различно, и я могу остановиться лишь на сравнительно немногихъ сторонахъ его. Въ одныхъ случаяхъ требуется устраненіе злоупотребленія спиртными напитками, въ другихъ—прекращеніе занятій, прекращеніе кормленія ребенка, въ третьихъ—лѣченіе какихъ-ни-

будь соматическихъ болѣзней, лежащихъ въ основѣ душевной болѣзни, напр., малокровія, малярійной инфекціи, разстройства органовъ пищеваренія (напр., при запорахъ и отравленіи организма продуктами разложенія кишечнаго содержимаго), пораженій уха (напр. при инородныхъ тѣлахъ въ слуховомъ проходѣ, при ушныхъ нарывахъ), носа (аденоидныя разращенія), глазъ (напр., въ нѣкоторыхъ случаяхъ вылущеніе пораженнаго глаза останавливало развитіе душевной болѣзни), разстройства половыхъ органовъ, лѣченіе сифилиса.

Въ этомъ отношеніи не нужно однако поддаваться и увлеченіямъ Такъ, очень нерѣдко врачи, спеціально занимающіеся лѣченіемъ сифилиса, каждому психически-больному, у котораго былъ lues, предписываютъ іодистое и ртутное лѣченіе, а между тѣмъ болѣзнь можетъ находиться въ зависимости и отъ другой причины. Въ случаяхъ, гдѣ у душевно больного существуютъ давнишнія безпокоящія его геморроидальныя шишки, нерѣдко происхожденіе болѣзни приписывается присутствію этихъ шишекъ; производится операція—и мнѣ извѣстны нѣсколько случаевъ, гдѣ несмотря на успѣхъ операцій съ хирургической стороны, состояніе душевно больного послѣ нея рѣзко ухудшалось Точно также извѣстны случаи, гдѣ женщинамъ съ ипохондрическими идеями и другими психическими симптомами и сравнительно неважными женскими болѣзнями, гинекологи дѣлали серьезныя операціи, разсчитывая, что оперативное вмѣшательство устранитъ тѣ жалобы на страданіе половыхъ органовъ, съ которыми къ нимъ являются паціентки. Къ величайшему ихъ удивленію, вдругъ оказывалось, что послѣ операціи жалобы только усиливались, и психозъ иногда дѣлалъ быстрые шаги впередъ. А чего, кажется, стоило бы прибѣгнуть къ обычному правилу медицинской логики и, при помощи психіатра, постараться выяснить патогенезъ болѣзни. Только знаніе патогенеза болѣзни и даетъ возможность опредѣлить, въ какомъ случаѣ и какое причинное лѣченіе слѣдуетъ примѣнить; а патогенезъ болѣзни должно опредѣлить по крайней мѣрѣ по совѣщанію съ психіатромъ.

Въ отношеніи причиннаго лѣченія нерѣдко также ставится вопросъ, не слѣдуетъ ли прервать беременность искусственнымъ выкидышемъ, если во время нея началась болѣзнь. Иногда съ просьбою о выкидышѣ являются и сами больныя, у которыхъ подъ вліяніемъ болѣзненнаго настроенія является крайнее желаніе избавиться отъ беременности—желаніе, доходящее иногда до покушеній на самоубійство при отказѣ. Я держусь такого мнѣнія, что выкидышъ въ такихъ случаяхъ можетъ быть произведенъ только, если есть спеціальныя акушерскія показанія (чрезмѣрно узкій тазъ и пр.); для психіатрической-же цѣли выкидышъ

можетъ оказаться оружіемъ обоюдоострымъ: послѣ него больная можетъ чувствовать себя не только не лучше, но хуже; такъ, если онъ вызванъ былъ подъ вліяніемъ убѣжденія болѣзненно тоскующей больной, хотя-бы и увѣрявшей, что она тоскуетъ именно отъ беременности,—то больная послѣ выкидыша можетъ перемѣнить мотивъ тоски и станетъ увѣрять что она великая грѣшница, потому что просила выкидыша; кромѣ того малокровіе, вызванное выкидышемъ, можетъ рѣзко ухудшить и общее состояніе. При этихъ обстоятельствахъ указывается иногда на то, что болѣзненное состояніе матери можетъ отразиться на ребенкѣ и это будто-бы оправдываетъ производство выкидыша. Но это противорѣчитъ основнымъ правиламъ врачебной дѣятельности, по которымъ врачъ не имѣетъ права производить убійства хотя-бы неразвитаго еще плода; если это дозволяется въ нѣкоторыхъ спеціально акушерскихъ случаяхъ, то только тогда, когда существуютъ безусловно *жизненныя* показанія по отношенію къ матери.

Второй вопросъ, который нужно рѣшать при началѣ лѣченія душевной болѣзни заключается въ томъ, **гдѣ производить лѣченіе?**

Рѣшеніе этого вопроса очень часто находится въ зависимости и отъ причины, вызвавшей и поддерживающей болѣзнь.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ оказывается, что однимъ изъ условій, поддерживающихъ болѣзнь, является та обстановка, въ которой находятся больные,—тѣ домашнія волненія, которыя ихъ окружаютъ, та суетливость, безпорядочность и безтактность, которая наблюдается вообще въ домахъ, гдѣ кто-нибудь заболѣетъ психически. Это обстоятельство ставитъ врача въ необходимость потребовать удаленія больного изъ его обычной обстановки.

Родственники больного и окружающіе очень часто сами замѣчаютъ необходимость для него перемѣны обстановки, но въ большинствѣ случаевъ ошибаются относительно того, въ чемъ должна заключаться нужная перемѣна. Очень часто, наприм., при меланхоліи, бываетъ такъ, что если замѣчаютъ, что больной сдѣлался грустенъ, задумчивъ, молчаливъ, то окружающіе стараются его развлечь, доставить ему много удовольствій—начинаютъ возить его по театрамъ, гостямъ, предпринимаютъ съ нимъ путешествія. Въ большинствѣ случаевъ это приноситъ только вредъ, такъ какъ почти всегда больному прежде всего нуженъ покой; его больной мозгъ не въ состояніи правильно реагировать и на сравнительно малое число воспріятій, и если на него сразу подѣйствовать массой новыхъ впечатлѣній, соединенныхъ съ путешествіями, массой развлеченій, то ненормальность мозговой дѣятельности обнаруживается еще болѣе. Очень многіе больные, страдавшіе въ началѣ путе-

шествія, предпринятаго съ цѣлью лѣченія, легкою формой психическаго разстройства, во время него заболѣвали чрезвычайно тяжело. Нужно это всегда помнить и на первомъ планѣ заботиться не о развлеченіи больного, а о физическомъ и психическомъ покоѣ его. Подобно тому, какъ никто человѣку съ переломанною ногой не станетъ совѣтовать лѣченіе моціономъ, такъ и при душевныхъ болѣзняхъ нельзя совѣтовать давать мозгу большую работу, увеличивая количество новыхъ впечатлѣній.

Итакъ, устраненіе съ самаго начала всѣхъ причинъ, раздражающихъ мозгъ, и помѣщеніе больного въ условія разумнаго однообразія и покоя составляетъ одно изъ первыхъ показаній при лѣченіи душевныхъ болѣзней. Достигается это различнымъ образомъ: или больной, если форма болѣзни принадлежитъ не къ тяжелымъ — *оставаясь въ своемъ домѣ*, отдаляется отъ всякой суетни, домашнихъ безпокойствъ, ненужныхъ разговоровъ, или, если этого мало, удаляется изъ своей семьи въ какую-нибудь *другую семью*, по возможности спокойную. Въ большинствѣ случаевъ однако этого оказывается недостаточно, такъ какъ условія жизни и въ чужой семьѣ дурно вліяютъ на больного. Въ такихъ случаяхъ нужна изоляція *больного*, удаленіе его отъ всѣхъ его близкихъ.

Наиболѣе правильно достигается эта изоляція въ спеціальныхъ заведеніяхъ для душевно-больныхъ, такъ какъ въ нихъ сосредоточены тѣ условія, которыя могутъ и въ другихъ отношеніяхъ быть нужны больному,—правильный режимъ, постоянный надзоръ и умѣлое врачебное отношеніе къ больному.

Такимъ образомъ для лѣченія душевно-больныхъ очень часто приходится помѣщать ихъ въ спеціальныя заведенія. Это требуется и причиннымъ показаніемъ, и удобствами лѣченія, и тѣмъ, что по результатамъ опыта оказывается, что срокъ теченія болѣзни въ лѣчебницѣ въ общемъ сокращается и, наконецъ, необходимостью поставить больного въ условія, въ которыхъ онъ менѣе опасенъ для себя и для другихъ. Вѣдь больные въ припадкахъ душевной болѣзни не только нарушаютъ весь порядокъ домашней жизни, но могутъ быть и очень опасны и для себя, и для своихъ близкихъ, и вообще для общества. Вслѣдствіе этого, въ видахъ личной и общественной безопасности, нужно помѣщать ихъ въ такія учрежденія, гдѣ за ними былъ бы правильный надзоръ, организованный по указаніямъ спеціалистовъ. Такими учрежденіями и должны быть лѣчебницы и пріюты для душевно-больныхъ.

Помѣщеніе въ лѣчебницу однако связано съ примѣненіемъ весьма важнаго средства—съ лишеніемъ свободы, но разъ человѣкъ душевно боленъ, онъ не можетъ такъ располагать собою, какъ здоровый; на

здоровыхъ и на обществѣ лежитъ обязанность не дать ему воспользоваться своею свободою во вредъ себѣ и другимъ. Съ другой стороны относительное лишеніе свободы во многихъ случаяхъ составляетъ необходимость и въ видахъ лѣченія, потому что больные, не пользующіеся свободой, проявляютъ меньше порывовъ, меньше влеченій, а это благодѣтельно вліяетъ и на ходъ болѣзни. Этимъ вполнѣ оправдывается то ограниченіе свободы, которое является результатомъ помѣщенія въ спеціальную лѣчебницу, хотя это-же и налагаетъ обязанность заботиться о томъ, чтобы размѣры лишенія свободы соотвѣтствовали бы дѣйствительной потребности, и чтобы оно какъ можно менѣе было для больного мучительно. Въ большинствѣ случаевъ такія заботы со стороны врачей достигаютъ цѣли, и многіе больные не жалуются на помѣщеніе въ лѣчебницу и на стѣсненіе ихъ свободы; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, конечно, фактъ лишенія свободы раздражаетъ больныхъ, и они горячо протестуютъ противъ этого. По бо́льшей части существеннаго вреда отъ этого не бываетъ, но все-таки въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ нужно опредѣлять значеніе такого раздраженія и взвѣшивать, насколько больше пользы можетъ произойти отъ задержанія больного въ заведеніи сравнительно съ вредомъ отъ нѣкотораго раздраженія изъ-за лишенія свободы. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ польза отъ пребыванія въ лѣчебницѣ неизмѣримо больше вреда, причиняемаго раздраженіемъ отъ задержанія. Большинство больныхъ очень быстро послѣ поступленія освоиваются съ заведеніемъ и становятся несравненно покойнѣе, чѣмъ были дома. Многіе прямо высказываютъ неудовольствіе на то, что ихъ ранѣе не помѣстили въ обстановку, гдѣ за ними можетъ быть разумный уходъ. Врачъ, совѣтующій помѣстить больного въ лѣчебницу, долженъ самымъ убѣдительнымъ образомъ утверждать, что случаевъ вреда отъ помѣщенія въ лѣчебницу тамъ, гдѣ оно показано, не бываетъ. Окружающіе больного и родственники обыкновенно не могутъ понять, что лѣчебница не есть тюрьма, а есть медицинское средство, есть сама по себѣ лѣкарство, и, къ сожалѣнію, есть врачи, которые ихъ въ этомъ поддерживаютъ, смотря на помѣщеніе въ лѣчебницу какъ на зло, хотя иногда и неизбѣжное. Нужно, однако, чтобы было наоборотъ, *чтобы лѣчебница считалась какъ главное и самое могущественное лѣкарство* и чтобы только при существованіи опредѣленныхъ противупоказаній это лѣкарство не употреблялось при лѣченіи душевныхъ болѣзней.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ родственники, и сознавая пользу отъ помѣщенія въ спеціальное заведеніе, все-таки не рѣшаются на него, главнымъ образомъ изъ-за двухъ предразсудковъ: 1) что это позоръ,

что пребываніе въ психіатрической больницѣ накладываетъ на больного пятно, и 2) изъ опасенія, что больной будетъ по выздоровленіи стыдиться своего пребыванія въ лѣчебницѣ и сердиться на родственниковъ. Но первый предразсудокъ все болѣе и болѣе падаетъ съ улучшеніемъ строя жизни въ заведеніяхъ для душевно-больныхъ въ виду того, что теперь все охотнѣе и охотнѣе поступаютъ въ лѣчебницу люди, страдающіе и легкими формами психозовъ, а второй опровергается ежедневнымъ опытомъ. Каждый психіатръ можетъ привести множество случаевъ того, что выздоровѣвшіе больные относятся къ лѣчебницѣ, въ которой они вылѣчились, съ величайшей симпатіей, и часто для нихъ лѣчебница является на много лѣтъ мѣстомъ, куда они приходятъ какъ въ свой родной домъ, посовѣтоваться, какъ относительно своей болѣзни, такъ и относительно разныхъ житейскихъ затрудненій. А сколько разъ выздоровѣвшій больной—и черезъ нѣсколько времени вновь заболѣвшій—самъ проситъ родственниковъ свезти его въ больницу, гдѣ онъ уже разъ поправился? [1])

Нужно сожалѣть только о томъ, что у насъ слишкомъ мало лѣчебницъ и зачастую приходится за отсутствіемъ мѣстъ отказывать въ пріемѣ и тѣмъ, кому лѣчебница необходима, какъ лѣкарство. Для какихъ-же больныхъ лѣчебница можетъ быть лѣкарствомъ? На это нужно отвѣтить такъ: для большинства душевно-больныхъ почти всѣхъ категорій. Чѣмъ благоустроеннѣе лѣчебница, тѣмъ конечно больше кругъ больныхъ, для которыхъ помѣщеніе въ нее показано. Правда, нужно оговориться, что не для всѣхъ категорій больныхъ показано помѣщеніе въ одинаковыя лѣчебницы: одни подлежатъ помѣщенію въ больницы, устроенныя именно для душевно-больныхъ, другіе—въ лѣчебницы для эпилептиковъ, третьи—для алкоголиковъ, четвертые—для слабоумныхъ отъ рожденія (для идіотовъ); но при отсутствіи отдѣльныхъ лѣчебницъ для больныхъ каждой изъ этихъ категорій, все-таки для большинства больныхъ помѣщеніе въ больницу, предназначенную для разныхъ категорій душевно-больныхъ показано, и врачъ всегда долженъ ставить это на видъ.

Но, какъ я сказалъ, необходимость (чаще всего отсутствіе мѣстъ) заставляетъ иногда отказывать въ пріемѣ больнымъ, которымъ и нужно бы помѣститься въ больницу; съ другой стороны и родственники по

---

[1]) Конечно не то бываетъ у больныхъ невыздоровѣвшихъ Многіе вышедшіе изъ лѣчебницы до выздоровленія, соединяютъ съ нею и съ ея персоналомъ свои бредовыя идеи и испытываютъ крайне враждебное чувство Но и здѣсь мы имѣемъ дѣло лишь съ симптомомъ болѣзни, а не вреднымъ результатомъ помѣщенія

тѣмъ или другимъ причинамъ отказываются отъ помѣщенія;—въ такомъ случаѣ больные остаются на дому. Для нѣкоторыхъ формъ это вполнѣ возможно, для другихъ это достигается лишь съ большимъ трудомъ, а для нѣкоторыхъ совершенно невозможно. Такъ особенно настоятельно нужно требовать помѣщенія въ случаяхъ: 1) когда больные имѣютъ сильную наклонность къ самоубійству; хотя и въ лѣчебницахъ нѣтъ полной гарантіи отъ самоубійства, но все-таки тамъ гораздо меньше возможности лишить себя жизни, чѣмъ при домашней обстановкѣ; 2) когда больные требуютъ методическаго режима и дисциплинирующаго вліянія всего строя лѣчебницы; 3) когда родственники больного вмѣшиваются въ лѣченіе и безтактно ведутъ себя относительно него, или поступаютъ съ нимъ сурово и жестоко (связываютъ, привязываютъ къ постели), или чрезмѣрно сантиментально или крайне суетливо, или примѣняя свои собственныя лѣчебныя средства; у насъ нерѣдки случаи, что къ больному или больной приглашаютъ отчитывателей или знахарей, невѣжественныхъ и дозволяющихъ себѣ всякія безчинства; къ сожалѣнію между ними бываютъ не только невѣжественные мужики, но и духовныя лица); 4) когда домашняя обстановка сама по себѣ тягостна для больного, раздражаетъ его и ему необходимо изъ нея удалиться; 5) когда больной опасенъ для окружающихъ; 6) когда есть опасность, что больной можетъ имѣть половыя сношенія, за которыми послѣдуетъ беременность; 7) когда подъ вліяніемъ болѣзни одного можетъ развиться душевная болѣзнь у окружающихъ его лицъ; 8) когда больной, оставаясь на свободѣ, можетъ крайне разстроить свои дѣла, и 9) когда больной отказывается упорно отъ ѣды и нужно прибѣгнуть къ насильственному кормленію.

На дому остаются, какъ я сказалъ, часто и такіе больные, которые должны бы были лѣчиться въ больницѣ. Для многихъ изъ нихъ лѣченіе въ домашней обстановкѣ совершенно невозможно и оно является лишь пародіей на лѣченіе, безполезной, а иногда и прямо вредной для больного и ставящей врача въ крайне тяжелое положеніе. Въ другихъ случаяхъ лѣченіе можетъ быть проведено и въ домашней обстановкѣ, но обыкновенно съ гораздо большими неудобствами, чѣмъ въ лѣчебницѣ. Если больного лѣчатъ дома, то нужно озаботиться, чтобы приспособить все для правильнаго лѣченія. Это, конечно, гораздо хлопотливѣе и дороже, такъ какъ нужно устраивать всѣ приспособленія, которыя существуютъ уже готовыми въ заведеніяхъ: нужно найти соотвѣтствующій персоналъ, нужно отдѣлить для больного цѣлый домъ или особыя комнаты, нерѣдко нужно вставить сѣтки въ окна, обить стѣны матрацами, устроить удобное отопленіе, безопас-

ное освѣщеніе. Къ тому же въ большинствѣ случаевъ въ домашней обстановкѣ труднѣе провести систему постельнаго содержанія, трудно провести систему полной изоляціи душевно-больного отъ родственниковъ, трудно устранить вліяніе родственниковъ на ходъ лѣченія; авторитетъ врача для больного гораздо меньше въ домашней обстановкѣ, и часто врача не приглашаютъ вовсе, чтобы не раздражать больного. Если даже болѣзнь течетъ благополучно, и дѣло кончается выздоровленіемъ, то часто въ домашней обстановкѣ не удается такъ долго выдержать больного въ благопріятныхъ для него условіяхъ; очень часто въ періодѣ выздоровленія приходится дѣлать больному гораздо болѣе уступокъ, чѣмъ это бы слѣдовало.

Всѣ эти неудобства обыкновенно бываютъ, когда лѣчатся на дому сильно безпокойные больные,—маніакальные, галлюцинирующіе, съ бредовою формою безсмыслія и т. п. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда дѣло идетъ о сравнительно легкихъ формахъ, или формахъ не опасныхъ, лѣченіе и въ домашней обстановкѣ удается провести довольно удобно, особенно, если врачъ пользуется полнымъ довѣріемъ и авторитетомъ у родныхъ и больного. Въ большинствѣ такихъ случаевъ требуется также полный покой, постельное содержаніе больныхъ, удаленіе отъ дѣлъ, отъ посѣтителей, а иногда и отъ родныхъ. Къ формамъ, при которыхъ лѣченіе можетъ производиться и въ домашней обстановкѣ принадлежатъ: легкія формы меланхоліи, когда больной не лишенъ самообладанія и не имѣетъ наклонности къ самоубійству, небольшая маніакальная экзальтація, бредъ послѣ лихорадочныхъ болѣзней, неврастеническіе психозы, многія формы слабоумія, не опасныя формы паранойи, спокойныя формы прогрессивнаго паралича и многіе органическіе психозы.

Есть, наконецъ, и такія категоріи больныхъ, для которыхъ закрытая психіатрическая лѣчебница и противупоказана, и для которыхъ нужно (при хорошихъ условіяхъ) совѣтывать лѣчиться или оставаться въ семьѣ. Таковы, напр., случаи, гдѣ можно ждать очень быстраго окончанія болѣзни, напр., приступъ кратковременнаго бреда послѣ острой болѣзни; также тѣ случаи ипохондріи и другія формы, при которыхъ страдаетъ воля, и больной не долженъ оставлять своихъ привычныхъ, несложныхъ занятій, чтобы не поддаться вліянію навязчивыхъ идей и ощущеній; затѣмъ сюда же относятся многіе случаи, гдѣ болѣзнь уже перешла въ такое состояніе, что больной не нуждается въ спеціальномъ психіатрическомъ уходѣ, а требуетъ только физическаго ухода, какъ, напр., въ послѣднемъ періодѣ прогрессивнаго паралича, старческаго слабоумія, въ случаяхъ психоза, присоединяющагося къ такимъ

болѣзнямъ головного мозга, какъ апоплексія, опухоли мозга. Затѣмъ есть нѣкоторые случаи, въ которыхъ — и при излѣчимыхъ формахъ — по минованіи нѣкоторыхъ симптомовъ, ради которыхъ нужно было помѣстить больного въ лѣчебницу, дальнѣйшее лѣченіе лучше продолжать въ домашней обстановкѣ.

Кромѣ лѣченія въ своей семьѣ, иной разъ приходится совѣтывать больному лѣченіе въ чужой семьѣ,—особенно если условія домашней жизни его раздражаютъ. Правда, это лишь въ исключительныхъ случаяхъ бываетъ удобно, бо̀льшею же частью это дѣлается въ качествѣ полумѣры, очень скоро оказывающейся нисколько не полезной, а лишь замедляющей поступленіе въ лѣчебницу.

Какъ помѣщеніе среднее между семьей и закрытой лѣчебницей для душевно-больныхъ, является помѣщеніе въ такъ наз. „открытую" лѣчебницу для нервныхъ больныхъ. Въ такой лѣчебницѣ бо̀льшею частью нѣтъ такого строгаго надзора за больными; они пользуются въ ней полной свободой, могутъ свободно поступать и выписываться. Отъ лѣчебницы больные получаютъ удобное помѣщеніе, всѣ средства требуемыя для лѣченія (гидротерапія, электричество, массажъ и пр.), полное содержаніе при режимѣ, необходимомъ для больныхъ данной категоріи, и внимательное отношеніе врача спеціалиста. Многіе больные съ явленіями неврастеніи и истеріи, съ состояніемъ тоскливости и подавленности, также больные которымъ требуется лишь укрѣпиться отъ протекшей душевной болѣзни, или если больной находится въ періодѣ свѣтлаго промежутка, или въ начальномъ періодѣ медленно развивающейся душевной болѣзни, находятъ для себя въ такихъ лѣчебницахъ довольно удобное помѣщеніе. Бѣда заключается лишь въ томъ, что часто завѣдующіе такими лѣчебницами, уступая просьбамъ родныхъ принимаютъ въ свои „открытыя" лѣчебницы и такихъ больныхъ, которымъ настоящее мѣсто быть въ заведеніяхъ закрытыхъ. Этого рода неправильность особенно часто бываетъ въ нѣмецкихъ частныхъ учрежденіяхъ для водолѣченія, и потому нѣмецкіе психіатры настойчиво указываютъ на тотъ вредъ, который происходитъ отъ того, что изъ ложной боязни настоящей психіатрической лѣчебницы больного помѣщаютъ въ водолѣчебницу, гдѣ болѣзнь только ухудшается.

Когда вопросъ о лѣчебницѣ рѣшенъ, т.-е. когда выяснены показанія для помѣщенія въ лѣчебницу, то чѣмъ это будетъ раньше, тѣмъ лучше для больного: опытъ показываетъ, что изъ числа случаевъ, помѣщенныхъ въ лѣчебницу въ первые мѣсяцы отъ начала, выздоравливаетъ гораздо бо̀льшій процентъ, чѣмъ изъ числа больныхъ, поступившихъ черезъ полгода и болѣе.

Въ большинствѣ случаевъ для помѣщенія въ лѣчебницу необходимо, чтобы кто-нибудь изъ близкихъ лицъ взялъ на себя обязанность помѣстить больного, т.-е. сдѣлать оффиціальное заявленіе о помѣщеніи и доставить больного въ лѣчебницу.

Вопросъ о томъ, какъ перевести больного въ больницу, ставится очень нерѣдко. Роднымъ бо̀льшею частью кажется это дѣло очень труднымъ; они опасаются, что больной крайне испугается одного названія больницы, что онъ придетъ въ изступленіе и доставить его въ лѣчебницу нельзя иначе какъ обманомъ. Это совершенно невѣрный взглядъ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ больные ѣдутъ въ больницу безъ сопротивленія, въ другихъ же случаяхъ сопротивленіе легко преодолѣть.

Какъ общее правило, нужно считать, что при помѣщеніи больного не слѣдуетъ его обманывать относительно мѣста перемѣщенія. Обманъ приноситъ въ большинствѣ случаевъ вредъ, потому что возбуждаетъ въ больномъ недовѣріе вообще и заставляетъ его относиться враждебно и къ персоналу лѣчебницы. Правильнѣе всего разъяснить больному (конечно, если его сознаніе достаточно ясно), что ему необходимо для лѣченія помѣститься подъ постоянное наблюденіе врача. Если больной выражаетъ протестъ, то нужно твердо сказать, что это необходимо и уже рѣшено безповоротно, и въ такихъ случаяхъ по бо̀льшей части удается больного привести въ лѣчебницу безъ особаго насилія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно больного привести въ больницу къ врачу, какъ бы для совѣта, и уже на мѣстѣ врачъ уговоритъ его остаться здѣсь для лѣченія. Въ рѣдкихъ случаяхъ приходится прибѣгать и къ легкому насилію. Это дѣлается обыкновенно такъ: если больной на выраженное твердо безповоротное рѣшеніе о помѣщеніи отвѣтитъ вспышкой гнѣва и раздраженіемъ, нужно призвать заготовленныхъ въ достаточномъ количествѣ людей и объявить больному, что, если онъ не поѣдетъ, то его вынесутъ въ экипажъ; если больной видитъ, что не можетъ противиться, обыкновенно онъ скоро сдается и говоритъ: „я пойду самъ". Правда, нужно помнить, что нѣкоторые больные при этомъ готовы воспользоваться малѣйшей оплошностью провожатыхъ и убѣжать отъ нихъ. Посаженные въ закрытый экипажъ съ достаточнымъ числомъ людей они обыкновенно привозятся въ больницу довольно удобно. Если приходится употреблять при этомъ насиліе, то, какъ я говорю, это всетаки лучше, чѣмъ обманъ; обманъ безусловно вреденъ, особенно у больныхъ съ сохранившимся сознаніемъ и критикой. Конечно, есть больные, которымъ почти все равно, что ни сказать: это — глубокослабоумные, аментики съ очень спутаннымъ сознаніемъ, или очень по-

верхностно мыслящіе паралитики. Прибѣгать къ оглушенію больныхъ наркотическими средствами для доставленія въ больницу, а также къ связыванію, я рѣшительно не совѣтую.

Если больного нужно перевозить по желѣзной дорогѣ или на пароходѣ, то для него должно быть особое отдѣленіе или каюта, и сопровождающіе не должны подпускать больного къ окнамъ и отпускать одного въ клозетъ; я упоминаю объ этомъ, имѣя въ виду многіе случаи, когда перевозимые больные выбрасывались изъ вагона или бросались съ парохода.

Часто родственники просятъ, чтобы въ доставленіи больного приняли участіе прислуга и врачи лѣчебницы. Въ большинствѣ случаевъ этого нельзя допускать. Больные часто долго сохраняютъ непріятное чувство къ перевозившимъ ихъ незнакомымъ лицамъ, которыхъ потомъ встрѣчаютъ въ больницѣ. Если больной доставленъ въ лѣчебницу, то онъ долженъ быть принятъ въ ней врачемъ. Чѣмъ участливѣе относится къ больному врачъ, тѣмъ лучше. Нужно помнить, что первое впечатлѣніе отъ лѣчебницы часто оставляетъ глубокій слѣдъ въ душѣ больного, и тутъ понимающій свой долгъ врачъ можетъ сдѣлать много полезнаго. Онъ долженъ озаботиться, чтобы при проведеніи больного въ отдѣленіе ему не попадались сразу на глаза слишкомъ тяжело дѣйствующіе больные, долженъ посидѣть и поговорить съ больнымъ; разговаривая, онъ можетъ воспользоваться случаемъ попросить больного раздѣться, осмотрѣть его, произвести аускультацію, попросить принять ванну. Желательно, чтобы принятіе ванны было обязательно для всѣхъ вновь поступающихъ больныхъ, не слишкомъ слабыхъ. Во время ванны врачъ осматриваетъ платье больного, его вещи. Это необходимо для того, чтобы больной не оставилъ у себя какихъ-нибудь острыхъ предметовъ, спичекъ, ядовитыхъ веществъ или денегъ. Чтобы больной не подумалъ, что его обокрали, врачъ говоритъ больному, что возьметъ его вещи для сохраненія. Я потому останавливаюсь на этихъ мелочахъ, что часто отъ упущенія ихъ бываютъ большія непріятности: нѣкоторые больные приносятъ съ собою въ больницу ножи, бритвы, морфій, а особенно часто спички и деньги, при чемъ иногда суммы бываютъ очень значительныя; я помню одного больного, доставленнаго въ больницу изъ полицейскаго участка, гдѣ его не раздѣвали: при осмотрѣ въ больницѣ въ сапогѣ его неожиданно оказалась связка денежныхъ бумагъ на нѣсколько тысячъ рублей.

Разъ больной помѣщенъ въ лѣчебницу, то обыкновенно въ ней и приходится проводить лѣченіе болѣзни. Многіе больные, конечно, протестуютъ противъ помѣщенія, но разъ показанія опредѣленны, этому

не нужно придавать особаго значенія Правда, у многихъ больныхъ послѣ помѣщенія болѣзненные приступы обостряются, но это бываетъ или временно, или какъ результатъ естественнаго развитія болѣзни. На другихъ, наоборотъ, лѣчебница дѣйствуетъ сразу благопріятно, такъ что уже на другой день они чувствуютъ себя много лучше. Есть однако немногіе больные, которымъ пребываніе въ лѣчебницѣ настолько тягостно и оказывается не настоятельно нужнымъ, что послѣ нѣкотораго наблюденія приходится совѣтывать взять больного для его же пользы.

Если для большинства душевно-больныхъ одно изъ первыхъ медицинскихъ требованій есть помѣщеніе въ спеціальную лѣчебницу, то спрашивается: какъ же должны быть устроены заведенія для душевно-больныхъ?

Устройство заведеній для душевно-больныхъ. Хорошее заведеніе для душевно-больныхъ должно удовлетворять требованіямъ лѣченія и безопасности больныхъ; слѣдовательно, въ немъ должны быть приспособленія для правильнаго ухода, надзора и необходимыхъ терапевтическихъ мѣропріятій. Кромѣ того, нужно помнить, что очень многіе больные, находящіеся въ заведеніи, должны оставаться въ немъ много лѣтъ; слѣдовательно, хорошее заведеніе должно удовлетворять и требованіямъ обыкновеннаго, болѣе или менѣе комфортабельнаго и удобнаго, жилища. Для удовлетворенія всѣхъ этихъ требованій оно должно быть устроено по общимъ правиламъ гигіены, т.-е. просторно и свѣтло, и въ немъ должны быть приспособленія для правильнаго раздѣленія больныхъ. Какъ мы говорили, больные не всегда дѣйствуютъ другъ на друга благопріятно; иногда они разстраиваютъ другъ друга и потому должны быть отдѣлены. Поэтому, во всякомъ заведеніи для душевно-больныхъ мы находимъ *нѣсколько отдѣленій*, помѣщенныхъ или въ одномъ зданіи, или въ отдѣльныхъ павильонахъ.

Обыкновенно вся больница раздѣляется на мужское и женское отдѣленія, и въ каждой половинѣ должны быть отдѣленія для покойныхъ больныхъ и для безпокойныхъ. Въ отдѣленіи для покойныхъ, въ свою очередь, должно быть два подраздѣленія: одна часть его назначена для совершенно покойныхъ больныхъ, другая для такихъ, которые могутъ быть временно безпокойны, наприм., ночью закричать, стопать, засуетиться. Въ каждомъ отдѣленіи должны быть общія палаты и одна или нѣсколько отдѣльныхъ комнатъ для такихъ больныхъ, которые нуждаются въ отдѣльномъ помѣщеніи. Комнаты должны быть расположены такъ, чтобы надзоръ и уходъ за больными былъ по возможности облегченъ. Въ покойныхъ отдѣленіяхъ мебель и вся обста-

новка должна быть по возможности уютная и комфортабельная. Отдѣленіе для безпокойныхъ должно быть устроено такъ, чтобы можно было по желанію раздѣлить его на нѣсколько отдѣльныхъ частей. Дѣло въ томъ, что безпокойные больные часто волнуютъ одинъ другого, и потому требуется ихъ разобщать. Поэтому и желательно, чтобы назначенное для подобныхъ больныхъ отдѣленіе, въ случаѣ накопленія больныхъ, могло быть раздѣлено на несообщающіяся между собою части. Въ отдѣленіи для безпокойныхъ больныхъ должно быть больше отдѣльныхъ комнатъ, чѣмъ въ покойномъ, чтобы наиболѣе шумливые паціенты, могли спать отдѣльно отъ другихъ. Мебель и вся обстановка въ безпокойномъ отдѣленіи должна быть болѣе простая и болѣе прочная, чѣмъ въ покойномъ, хотя тоже и здѣсь нежелательно никакой суровости обстановки, а нужно стремиться къ сохраненію извѣстной степени комфорта. Здѣсь должно быть больше вниманія обращено на то, чтобы не было опасности отъ употребленія легко воспламеняющихся веществъ для освѣщенія; лампы должны быть повѣшены высоко или защищены сѣтками. Разумѣется для освѣщенія больницъ для душевно-больныхъ наиболѣе пригодно электрическое освѣщеніе. Для безопасности въ этихъ отдѣленіяхъ въ окна иногда вставляются такъ наз. корабельныя (очень толстыя) стекла, рѣшетки или жалюзи; или оконныя рамы дѣлаются съ мелкимъ переплетомъ, чтобы больной, даже разбивши окно, не могъ вылѣзти; для этого считается нужнымъ, чтобы ширина отверстія была не болѣе 3—$3^1/_2$ вершковъ, чтобы голова не могла пройти, такъ какъ большинство людей могутъ свободно пролѣзть черезъ отверстіе, черезъ которое можетъ свободно пройти голова. Въ лучшихъ заведеніяхъ, впрочемъ, эти приспособленія считаются излишними и даже вредными, такъ какъ дѣлаютъ лѣчебницу похожею на тюрьму. Сравнительно болѣе удобства представляютъ нѣкоторыя особенности въ устройствѣ оконъ, позволяющія сохранить ихъ обычный видъ и позволяющія открывать ихъ настолько, чтобы больные не могли вылѣзти (рамы, вертящіяся на срединной оси или открывающіяся такъ, что въ зимней рамѣ открывается лишь одна правая половина, а въ лѣтней другая—лѣвая, наискосокъ).

Для нѣкоторыхъ больныхъ устраиваются еще отдѣльныя помѣщенія, въ такъ называемомъ изоляціонномъ отдѣленіи. Въ это отдѣленіе помѣщаются временно больные, находящіеся въ состояніи очень большого возбужденія, въ состояніи такъ называемаго „буйства“. Оттого изоляціонныя отдѣленія и называются иногда „буйными“ — названіе, которое лучше было бы при современномъ направленіи практической психіатріи совсѣмъ вывести изъ употребленія, между прочимъ и для

того, чтобы не раздражать имъ больныхъ. Въ нихъ отдѣльныя комнаты (изоляторы) устраиваются особенно прочно; въ комнатахъ не должно оставаться ничего лишняго, ничего такого, чѣмъ-бы больной могъ повредить себѣ; иногда стѣны изоляторовъ дѣлаются мягкія, обиваются матрацами, а въ особенно богатыхъ лѣчебницахъ пробковыми и каучуковыми обкладками; или стѣны обставляются рамами съ плотно натянутыми брезентами (для предупрежденія ушибовъ головы); стекла въ окнахъ изоляторовъ дѣлаются изъ очень толстаго, корабельнаго стекла, неразбивающагося отъ удара кулакомъ, но разбивающагося отъ удара металлическими вещами на крайне острые осколки, весьма опасные.

Окна въ изоляторахъ снабжаются ставнями, такъ какъ нѣкоторые психіатры считаютъ, что для успокоенія буйныхъ больныхъ полезно затемнѣніе. Лѣтъ 25 назадъ для успокоенія больныхъ предлагалось употребленіе цвѣтныхъ стеколъ, причемъ говорили, что красныя стекла полезны меланхоликамъ, а голубыя и фіолетовыя—маніакамъ. Но на дѣлѣ такое вліяніе цвѣтныхъ стеколъ не подтвердилось.

Необходимою принадлежностью каждаго изолятора считалась (противъ чего, впрочемъ, другіе сильно возставали) хорошо устроенная дверь со вставленнымъ въ нее стекломъ для постояннаго наблюденія; очень удобными считались изоляторы съ двумя дверями. Въ нѣкоторыхъ больницахъ изоляторы устраиваются такъ, что окно выходитъ въ внѣшній узенькій корридоръ, по которому прохаживается служитель для постояннаго наблюденія за больнымъ. Иногда при изоляторѣ устраиваютъ дворикъ для пребыванія на воздухѣ.

Я долженъ впрочемъ прибавить, что желательно, чтобы и изоляторы не особенно отличались отъ обычныхъ комнатъ и имѣли бы нѣкоторую степень комфортабельности, такъ какъ опытъ показываетъ, что больные очень чутко относятся къ тому, въ какой обстановкѣ они находятся: часто комфортабельный и приличный видъ обстановки заставляетъ больного сдерживаться, тогда какъ въ грязной, вонючей комнатѣ онъ и самъ будетъ вести себя нечистоплотно и потеряетъ скоро всякое чувство приличія. Насколько вліяетъ на больного извѣстнаго рода обстановка, можетъ служить указаніемъ тотъ фактъ, что нѣкоторые больные, рвущіе на себѣ платье, перестаютъ его рвать, когда имъ даютъ красивую вышитую рубашку, и, наоборотъ, безпрерывно разрываютъ старое штопаное бѣлье, которое „изъ экономіи“ обыкновенно надѣвается на нихъ въ такихъ случаяхъ. Точно также вліяетъ и обстановка комнаты: чѣмъ болѣе она подходитъ къ обычной житейской обстановкѣ, тѣмъ долѣе обыкновенно сохраняется духъ человѣческаго до-

стоинства и у больного, въ ней помѣщеннаго. Это всегда нужно помнить при постройкѣ изоляторовъ.

Да и вообще чѣмъ правильнѣе идетъ жизнь въ заведеніяхъ для душевно-больныхъ, тѣмъ менѣе потребности ощущается въ собственно изоляціонныхъ отдѣленіяхъ. Уже давно проповѣдуется тотъ взглядъ, что изоляторами нужно пользоваться лишь на короткое время для временнаго (не болѣе нѣсколькихъ часовъ) пребыванія больныхъ, находящихся въ сильнѣйшемъ безпокойствѣ. Затѣмъ стали находить, что даже при этихъ условіяхъ не слѣдуетъ запирать въ нихъ больныхъ, а держать дверь открытою, вслѣдствіе чего являлось совершенно ненужнымъ устройство наблюдательныхъ отверстій въ дверяхъ. Наконецъ, новѣйшее требованіе заключается въ томъ, чтобы совсѣмъ не устраивать изоляціонныхъ отдѣленій въ виду того, что помѣщеніе въ нихъ вліяетъ на больныхъ неблагопріятно и также въ виду того, что обыкновенно эти отдѣленія поставлены въ недостаточно хорошія условія для надзора.

Примѣненіе правильно организованнаго постельнаго содержанія больныхъ дало возможность многимъ психіатрамъ убѣдиться въ томъ, что обходиться безъ особаго изоляціоннаго отдѣленія вполнѣ возможно. И это не только въ клиникахъ, гдѣ какъ въ Московской психіатрической клиникѣ съ осени 1895-го года ни одинъ больной не былъ ни разу помѣщенъ въ изоляціонныя отдѣленія, но и въ такихъ переполненныхъ лѣчебницахъ, какъ психіатрическое отдѣленіе Екатеринославской губернской земской больницы, гдѣ введенный д-ромъ Говсѣевымъ постельный режимъ устранилъ необходимость въ изоляторахъ

Считая устраненіе изоляціонныхъ отдѣленій однимъ изъ стремленій современной практической психіатріи, я вовсе не говорю противъ устройства отдѣльныхъ комнатъ въ психіатрическихъ лѣчебницахъ. Наоборотъ, отдѣльныя комнаты очень желательны, такъ какъ позволяютъ многимъ больнымъ пользоваться удобствами, которыхъ они лишены въ общихъ помѣщеніяхъ, но эти отдѣльныя комнаты и по внѣшности, и по смыслу не должны имѣть вида „буйныхъ“ комнатъ или „клѣтокъ“ (cellules), какъ ихъ называютъ иногда и теперь.

Взамѣнъ изоляціонныхъ отдѣленій, слѣдуетъ устраивать особыя „наблюдательныя отдѣленія“, куда помѣщаютъ всѣхъ только что поступившихъ больныхъ, свойство болѣзни которыхъ еще недостаточно извѣстно, и вообще больныхъ, требующихъ внимательнаго и постояннаго наблюденія, напр., меланхоликовъ, стремящихся къ самоубійству. Эти отдѣленія должны состоять изъ обширныхъ, высокихъ и свѣтлыхъ залъ, въ которыхъ больные находятся почти всегда въ постеляхъ („по-

стельное содержаніе") и вполнѣ доступны для правильнаго наблюденія. Въ нѣкоторыхъ лѣчебницахъ, какъ, напр., въ недавно выстроенной психіатрической клиникѣ въ Вюрцбургѣ, въ этихъ наблюдательныхъ отдѣленіяхъ обязательно скопляются всѣ безпокойные больные и всѣ, хотя и тихіе, но опасные для себя (меланхолики) и нѣкоторые нечистоплотные; профессоръ Ригеръ настаиваетъ даже на томъ, чтобы ванны дѣлались въ самихъ отдѣленіяхъ (для этого ванны на колесикахъ прикатываются въ палату), и чтобы переносные клозеты находились тутъ же. Я нахожу это чрезмѣрной утрировкой, нарушающей многія основныя потребности больныхъ; правда, къ обширной общей палатѣ примыкаютъ въ этой клиникѣ двѣ небольшія отдѣльныя комнаты для временнаго помѣщенія особенно шумливыхъ больныхъ, но это мало уменьшаетъ неудобства.—Я считаю нужнымъ, чтобы наблюдательныя отдѣленія были отдѣльныя для безпокойныхъ и спокойныхъ больныхъ и вообще неправильно сосредоточивать постоянный надзоръ только въ одномъ мѣстѣ, какъ это часто дѣлается заграницей. Въ Московской психіатрической клиникѣ мы отдѣляемъ больныхъ, требующихъ особаго наблюденія въ особой палатѣ того-же отдѣленія, расположенной въ наиболѣе благопріятныхъ для наблюденія условіяхъ, причемъ правильность дежурства прислуги контролируется такъ называемыми „контрольными" часами. Хорошее устройство наблюдательнаго отдѣленія болѣе, чѣмъ что-либо, можетъ дать возможность устранить необходимость пользованія изоляціонными отдѣленіями. Чѣмъ лучше организовано наблюдательное отдѣленіе, тѣмъ меньше въ больницѣ должно быть изоляторовъ.

Затѣмъ, въ большихъ больницахъ есть отдѣленія для больныхъ слабыхъ и наклонныхъ къ неопрятности. Въ этихъ отдѣленіяхъ скопляются больные, которые особенно портятъ воздухъ; поэтому эти отдѣленія должны быть вентилированы самымъ лучшимъ образомъ и должны быть просторны.

Наконецъ, обыкновенно въ большихъ больницахъ устраиваются еще болѣе или менѣе значительныя отдѣленія на случай заболѣванія душевно-больныхъ какою-нибудь заразною болѣзнью.

Само собою разумѣется, что въ каждомъ отдѣленіи должны быть устроены ванны и другія приспособленія для обмыванія и лѣченія водою; въ большинствѣ отдѣленій кромѣ спаленъ должны быть устроены и комнаты для дневного пребыванія, комнаты для занятій, столовыя, комната для врачебнаго изслѣдованія, буфетныя и другія комнаты. Система клозетовъ должна быть такая, какая давала бы воз-

можность наблюдать за отправленіями больныхъ и въ то же время какъ можно менѣе доступна порчѣ.

Расположеніе комнатъ въ различныхъ отдѣленіяхъ различно въ зависимости отъ свойства больныхъ, мѣстныхъ требованій и т. п. Въ настоящее время преобладаетъ стремленіе устраивать по возможности обширныя свѣтлыя палаты, избѣгать узкихъ корридоровъ, избѣгать всѣхъ бросающихся въ глаза особенностей, свойственныхъ именно психіатрическимъ больницамъ, обставлять комнаты, насколько возможно, близко къ потребностямъ домашней обстановки, ставить обыкновенную мебель, растенія, украшать стѣны картинами и другими вещами, придающими жилищу уютный видъ. Рекомендовавшееся прежде „поэтажное“ дѣленіе, при которомъ въ одномъ этажѣ находились спальни, а въ другомъ комнаты для дневного пребыванія, теперь при распространеніи постельнаго режима считается неудобнымъ. Соединеніе отдѣленій между собою различно, смотря по обстоятельствамъ. Иной разъ каждое отдѣленіе располагается въ особомъ зданіи, въ особомъ павильонѣ; въ другихъ случаяхъ отдѣленія располагаются всѣ въ одномъ и томъ же зданіи, болѣе или менѣе удачно планированномъ. Расположеніе павильонное представляетъ удобства въ смыслѣ болѣе полнаго раздѣленія различныхъ категорій больныхъ другъ отъ друга; но оно требуетъ того, чтобы въ каждомъ павильонѣ жилъ свой вполнѣ надежный врачебный и надзирательскій персоналъ, такъ какъ общее наблюденіе при разсѣянности павильоновъ становится затруднительнымъ, особенно ночью въ осеннее и зимнее время. Съ другой стороны въ большихъ компактныхъ зданіяхъ трудно такъ распредѣлить помѣщенія, чтобы они удовлетворяли всѣмъ потребностямъ; много помѣщеній остаются слишкомъ темными. Среднее между системой далеко разбросанныхъ павильоновъ составляетъ система павильоновъ, соединенныхъ крытыми и отапливаемыми переходами; эти переходы въ нѣкоторыхъ больницахъ располагаются въ туннеляхъ подъ землею, такъ что не мѣшаютъ внѣшней отдѣленности павильоновъ.

Больница для душевно-больныхъ должна быть снабжена садами (отдѣльными для различныхъ категорій больныхъ); въ садахъ должны быть устроены бесѣдки для того, чтобы больные могли по возможности дольше пользоваться чистымъ воздухомъ. Это особенно важно для безпокойныхъ больныхъ, которые, какъ показываетъ опытъ, ведутъ себя значительно покойнѣе на открытомъ воздухѣ, чѣмъ въ комнатахъ.

Таковъ общій типъ лѣчебницы для душевно-больныхъ. Она должна быть приспособлена какъ для лѣченія больныхъ, еще требующихъ лѣ-

ченія, такъ и для пребыванія тѣхъ неизлѣчимыхъ больныхъ, которые по состоянію своего психическаго здоровья не могутъ жить въ иной обстановкѣ. Изъ числа душевно-больныхъ, находящихся въ заведеніи, далеко не всѣ требуютъ такихъ приспособленій, которыя существуютъ для лѣчащихся больныхъ. У многихъ болѣзнь уже завершила свой острый періодъ и перешла въ хроническую форму. Многихъ изъ такихъ больныхъ нужно *только призрѣвать*, а потому для нихъ нѣтъ надобности жить въ дорого стоющихъ лѣчебницахъ, и они могутъ жить въ болѣе просто устроенныхъ „павильонахъ или баракахъ для хроническихъ больныхъ". Изъ такихъ больныхъ многіе способны къ работѣ, и вотъ изъ нихъ то и составляется главный контингентъ рабочихъ, которые занимаются въ устраиваемыхъ при лучшихъ заведеніяхъ различныхъ ремесленныхъ мастерскихъ (сапожныхъ, переплетныхъ, портняжныхъ, ткацкихъ, столярныхъ, прачешныхъ и другихъ), работаютъ въ саду, оранжереѣ, огородѣ и на фермѣ Если эти занятія хорошо организованы, то въ нихъ принимаютъ участіе и свѣжіе больные, въ періоды улучшенія своего состоянія или въ періодъ поправленія. Въ нѣкоторыхъ заведеніяхъ, не находящихся въ чертѣ большихъ городовъ, для занятій больныхъ существуетъ большое количество земли, которая обрабатывается душевно-больными, какъ въ правильно устроенномъ хозяйствѣ. Такого рода больницы съ приспособленіемъ для сельско-хозяйственныхъ работъ носятъ названіе колоній для душевно-больныхъ.

Идея занять больныхъ производительными работами существовала давно. Въ проектѣ устройства дома умалишенныхъ, составленномъ въ XVIII столѣтіи академикомъ Миллеромъ, выражено желаніе такого устройства, чтобы больные могли работать даже на фабрикѣ, но осуществленіе этой идеѣ принадлежитъ XIX столѣтію.

Попытка занять больныхъ полевыми работами была сдѣлана въ Парижской больницѣ Бисетръ въ началѣ прошлаго столѣтія, а въ 1832 году впервые устроена и настоящая колонія „Ferme S-te Anne" (тоже въ Парижѣ). Вслѣдъ за тѣмъ въ 1847 году братья Лабиттъ основали свою знаменитую колонію въ деревнѣ Фицъ-Джемсъ близъ Клермона во Франціи, гдѣ рабочая дѣятельность больныхъ вскорѣ достигла очень большихъ размѣровъ. Въ этой колоніи, впрочемъ, смотрѣли на больныхъ какъ на даровыхъ рабочихъ и порядочно эксплоатировали ихъ, а это совершенно несогласно съ духомъ психіатрическихъ заведеній. Въ настоящее время существуетъ довольно много прекрасныхъ заведеній съ сельскохозяйственными занятіями, какъ въ западной Европѣ (напр., Альтъ-Шербицъ близъ Лейпцига и Галле; это образцовое заведеніе,

открытое въ 1877 г., организовано д-ромъ Кёппе, оставившимъ профессуру въ Галле, чтобы отдаться дѣлу устройства заведенія для душевно-больныхъ на новыхъ началахъ), такъ и у насъ въ Россіи; первая больница, въ которой примѣнены были сельскохозяйственныя работы для душевно-больныхъ, была Колмовская земская больница въ Новгородской губерніи. Тамъ уже давно богадѣльня, въ зданіи которой были помѣщены душевно-больные, обладала нѣсколькими десятками десятинъ земли, часть которой служила для занятій какъ призрѣваемыхъ богадѣльни, такъ, можетъ быть, и душевно-больныхъ. Мысль о правильной организаціи занятій для душевно-больныхъ какъ внутри Колмовской больницы, такъ и внѣ ея, была впервые выражена въ запискѣ завѣдывавшаго психіатрическимъ отдѣленіемъ д-ра Андріоли, умершаго въ 1876 году. Въ поданномъ имъ въ 1873 году проектѣ онъ предложилъ земству устроить въ больницѣ цѣлый рядъ мастерскихъ и организовать правильныя занятія съ цѣлью лѣченія больныхъ; при немъ введены были нѣкоторыя мастерства, не требующія сложныхъ приспособленій; больные стали работать въ саду, проводить дорожки, занимались сѣнокосомъ; начата регистрація занятій. Но дѣло двинулось и организовалось благодаря живой пропагандѣ и энергичной дѣятельности преемника д-ра Андріоли — д-ра Б. А. Шпаковскаго, заслуги котораго въ этомъ отношеніи не должны быть забыты русскими психіатрами уже потому, что, сколько мнѣ извѣстно, онъ первый въ Россіи напечаталъ обширный научно обоснованный докладъ земству, доказывающій пользу лѣчебницъ-колоній.

Черезъ нѣсколько лѣтъ была основана Тверскимъ земствомъ другая лѣчебница-колонія, именно Бурашевская лѣчебница, открытая въ 1884 г., организованная д-ромъ М. П. Литвиновымъ и долгое время считавшаяся образцовой; затѣмъ одна за другой открывались колоніи въ другихъ мѣстахъ Россіи,—въ Рязанской губерніи, въ Херсонской, въ Одессѣ. Образцовая больница-колонія устраивается подъ руководствомъ д-ра В. И. Яковенко Московскимъ губернскимъ земствомъ въ с. Покровскомъ-Мещерскомъ близъ города Подольска.

При устройствѣ заведеній съ сельско-хозяйственными работами не нужно однако забывать, что павильоны или бараки, въ которыхъ живутъ больные колонисты, должны находиться поблизости отъ основныхъ зданій лѣчебницы, чтобы въ случаѣ нужды можно было всегда перевести больного изъ барака въ то или другое отдѣленіе лѣчебницы. Къ сожалѣнію иногда обстоятельства заставляютъ идти на уступки въ проведеніи этого принципа и устраивать сельско-хозяйственную орга-

низацію съ бараками для колонистовъ за много верстъ отъ лѣчебницы, въ качествѣ ея филіальнаго учрежденія.

Другого рода филіальныя учрежденія, устраиваемыя иногда при больницахъ для душевно-больныхъ, суть учрежденія, имѣющія цѣлью семейное призрѣніе душевно-больныхъ. Учрежденія эти вызываются главнымъ образомъ потребностью освобождать лѣчебницу отъ переполненія. Больница для душевно-больныхъ только тогда можетъ выполнять правильно свое назначеніе быть лѣчебнымъ учрежденіемъ, когда она не слишкомъ переполнена, а между тѣмъ въ дѣйствительности большинство больницъ страдаютъ именно тѣмъ, что содержатъ чрезмѣрное количество больныхъ. Это зависитъ отъ того, что душевныя болѣзни тянутся долго, неизлѣченные больные остаются въ ней, а между тѣмъ съ каждымъ годомъ поступаютъ все больше и больше новыхъ больныхъ. Чтобы избавиться отъ переполненія,—нужно строить новыя больничныя помѣщенія и освобождать больницу отъ тѣхъ больныхъ, которые въ ней не нуждаются. Способы эвакуаціи различны; въ нѣкоторыхъ случаяхъ больныхъ переводятъ изъ той больницы, которая назначена преимущественно для острыхъ больныхъ въ другую—въ такую, которая болѣе предназначается для хрониковъ; въ другихъ случаяхъ можно больныхъ, хотя и неизлѣченныхъ, отдавать въ ихъ собственныя семьи; наконецъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные не настолько успокоились, чтобы ихъ можно было отпускать въ родныя семьи, гдѣ больше условій для раздраженія, а можно помѣщать въ качествѣ нахлѣбниковъ въ семьи жителей, живущихъ недалеко отъ больницы.

Такой способъ призрѣнія душевно-больныхъ называется patronage familial. Прототипомъ ему служитъ призрѣніе душевно-больныхъ въ Геелѣ, одномъ бельгійскомъ мѣстечкѣ. Тамъ съ давнихъ временъ существуетъ призрѣніе душевно-больныхъ на дому у мѣстныхъ жителей. Развилось это дѣло сначала на почвѣ суевѣрія: больные свозились въ Геель въ ожиданіи исцѣленія отъ святой Димфны, убитой въ этой мѣстности своимъ отцомъ въ припадкѣ ярости. Говорятъ, что помѣшанный, бывшій свидѣтелемъ этого событія, выздоровѣлъ. Поэтому и стали считать св. Димфну цѣлительницей безумныхъ. Въ ожиданіи исцѣленія больные помѣщались въ жилища мѣстныхъ жителей, которые мало-помалу и выработывали привычку къ обращенію съ душевно-больными. Въ послѣднее время бельгійское правительство взяло на себя заботу регулировать дѣло, и въ Геелѣ имъ выстроена небольшая лѣчебница для душевно-больныхъ, руководимая врачемъ психіатромъ, на обязанности котораго находится и надзоръ за больными, отдаваемыми

на житье къ крестьянамъ. Въ Геелѣ всего содержится болѣе тысячи больныхъ.

По образцу Геля, но только несравненно лучше и правильнѣе, устроенъ patronage familial въ Шотландіи, гдѣ почти одна треть всѣхъ больныхъ государства содержится по этой системѣ. Правильно организовано это дѣло также въ нѣкоторыхъ мѣстахъ Германіи (Ilten въ Ганноверѣ) и близъ Берлина. Во Франціи въ 90-хъ годахъ устроено также семейное призрѣніе больныхъ, эвакуируемыхъ изъ Парижскихъ больницъ,—правда въ довольно большомъ разстояніи отъ Парижа,—въ тихомъ, захудаломъ городкѣ Dun-sur-Auron. У насъ вопросъ объ устройствѣ семейнаго призрѣнія душевно-больныхъ былъ поднятъ впервые мною и д-ромъ Н. Н. Баженовымъ на первомъ съѣздѣ отечественныхъ психіатровъ въ началѣ 1887 года, а первая практическая попытка сдѣлана около Рязани тѣмъ же д-ромъ Н. Н. Баженовымъ, который потомъ повторитъ ее близъ Москвы (въ селѣ Семеновскомъ за Калужской заставой). Въ болѣе обширныхъ размѣрахъ устроилось это дѣло по идеѣ д-ра Говсѣева въ Екатеринославской губерніи. О значеніи, удобствахъ и неудобствахъ этой мѣры я буду говорить въ другомъ мѣстѣ; здѣсь же замѣчу только, что желательно, чтобы призрѣваемые въ семьяхъ больные находились подъ постояннымъ наблюденіемъ врачей больницы и въ случаѣ надобности сейчасъ же перемѣщали ихъ изъ семей въ больничныя отдѣленія. Конечно, по системѣ patronage familial могутъ быть призрѣваемы только тѣ душевно-больные, которые совершенно безопасны, спокойны и не требуютъ спеціальнаго лѣченія, т. е. неизлѣчимы.

Иной разъ призрѣніе по системѣ patronage familial устраивается такъ: заслуженнымъ служителямъ строятъ домики вблизи лѣчебницы и даютъ имъ за извѣстную плату неизлѣчимыхъ больныхъ въ качествѣ нахлѣбниковъ.

Таковы главныя основы устройства лѣчебницъ для душевно-больныхъ. Лѣчебницы, устраиваемыя для идіотовъ, для эпилептиковъ и алкоголиковъ имѣютъ нѣкоторыя особенныя черты, о которыхъ будетъ рѣчь при изложеніи отдѣльныхъ формъ болѣзней.

Какъ было сказано, для громаднаго большинства лицъ больныхъ душевными болѣзнями, нужно совѣтывать помѣститься для лѣченія въ лѣчебницу. Это нужно не только для безопасности, но главнымъ образомъ потому, что въ лѣчебницахъ лѣченіе идетъ успѣшнѣе, и срокъ болѣзни сокращается. Лѣчебница такимъ образомъ есть сама по себѣ терапевтическое средство.

Спрашивается, въ чемъ же заключается терапевтическая сила

лѣчебницы, дѣлающая ее лучшимъ мѣстомъ для лѣченія душевно-больныхъ? — Сила ея заключается въ томъ, что въ лѣчебницѣ все проникнуто цѣлью помочь душевно-больнымъ, все устроено сообразно съ нуждами душевно-больныхъ, все проникнуто духомъ пониманія душевнаго состоянія больныхъ.

Такъ какъ понимать это состояніе вполнѣ можетъ главнымъ образомъ врачъ, то во главѣ заведенія долженъ всегда быть врачъ, который и долженъ давать тонъ всему заведенію. Отъ врача-психіатра требуется поэтому довольно много разнообразныхъ качествъ. Требуются, кромѣ знанія своего чисто-медицинскаго дѣла, и свѣдѣнія по хозяйству, по различнымъ отраслямъ работъ, требуется значительное общее образованіе, чтобы не производить на нѣкоторыхъ интеллигентныхъ больныхъ впечатлѣніе человѣка неразвитого; затѣмъ онъ долженъ обладать извѣстными свойствами характера и ума, долженъ обладать тактомъ и самообладаніемъ и главное долженъ очень любить свое дѣло. Онъ долженъ имѣть способность внушить къ себѣ довѣріе и найти доступъ къ душѣ больного; въ обращеніи съ больными долженъ руководиться стремленіемъ сдѣлать все полезное для больного и разумнымъ пониманіемъ свойствъ болѣзни. Однимъ изъ главныхъ свойствъ психіатра должно быть постоянно ясное сознаніе цѣли своихъ словъ и дѣйствій, приспособляемость ко всѣмъ мелочамъ въ жизни больныхъ и способность приспособлять окружающее для удобствъ больныхъ. Въ своей дѣятельности онъ не долженъ быть суетливъ, долженъ быть вдумчивъ и внимателенъ и въ исполнительности служить примѣромъ для другихъ.

Выписываю изъ книги проф. П. И. Ковалевскаго: „Лѣченіе душевныхъ и нервныхъ болѣзней", слѣдующія требованія, предъявляемыя къ врачу психіатромъ д-ромъ Ричардсономъ: „Врачъ психіатръ долженъ обладать широкимъ взглядомъ на человѣчество, высокимъ умственнымъ развитіемъ и неповрежденнымъ интеллектомъ. Отъ него требуется самообладаніе и милосердіе, высокое вниманіе и наблюдательность по отношенію къ больнымъ, кипучая дѣятельность, находчивость, способность быстро оріентироваться во всѣхъ положеніяхъ и простъ въ обращеніи. Рядомъ съ этимъ должны быть: терпѣніе, твердость и любезность. Онъ долженъ быть симпатиченъ, откровененъ, честенъ и безыскуственъ. На всякія непріятности, наносимыя ему больными, онъ долженъ отвѣчать находчивостью и добрымъ сердцемъ, памятуя, что онъ имѣетъ дѣло съ несчастными. По этой же причинѣ онъ всегда долженъ проявлять къ нимъ и жалость, и любовь, какъ бы отвратителенъ ихъ видъ не былъ. Онъ долженъ властвовать надъ ними, не какъ надъ рабами, а обладать такимъ тактомъ, чтобы они сами, того не замѣчая, во всемъ подчиня-

лись-бы ему. Но что особенно важно для психіатра, такъ это сдержанность: онъ долженъ не проявлять ни гнѣва, ни неудовольствія, а всегда быть ровнымъ и приличнымъ".

Все это характеризуетъ представленіе объ идеалѣ какъ директора, такъ и другихъ врачей психіатрическихъ больницъ.

Весь врачебный персоналъ заведенія долженъ быть проникнутъ общимъ направленіемъ. Конечно, каждый можетъ сохранить свои индивидуальныя особенности, но въ то-же время помнить, что его дѣятельность должна гармонировать съ общимъ принципомъ веденія дѣла,— конечно, если этотъ принципъ выработанъ разумно. Идея „хорового начала" (отъ слова: хоръ; кстати сказать, во всѣхъ коллегіальныхъ организаціяхъ я считаю это начало самымъ плодотворнымъ) болѣе, чѣмъ какая-нибудь другая, должна лежать въ основѣ дѣйствія персонала психіатрическихъ заведеній. Какъ въ стройномъ хорѣ могучимъ двигателемъ является объединяющее чувство гармоніи и эстетическое стремленіе, такъ и въ основѣ дѣятельности интеллектуально развитого персонала психіатрическихъ больницъ должно быть чувство общности дѣла и сознаніе того, что только гармоничнымъ сочетаніемъ силъ дѣло можетъ держаться на достойной высотѣ. Какъ въ хорѣ, каждый, даже имѣющій сравнительно небольшую партію, является все-таки въ своей индивидуальности необходимымъ элементомъ, такъ и въ психіатрическомъ дѣлѣ, каждый, какъ бы ни мала казалась его роль, является необходимымъ дѣйствующимъ лицомъ, безъ котораго невозможенъ правильный ходъ дѣла; какъ въ хорѣ даже самые талантливые пѣвцы только тогда не портятъ дѣла, когда идутъ въ согласіи съ общимъ строемъ, поднимая общее исполненіе на высоту истинно художественную, такъ и въ дѣятельности психіатрическаго учрежденія наиболѣе талантливые люди должны помнить всегда общій принципъ взаимодѣйствія, талантомъ и энергіей увлекать другихъ, внушая имъ влеченіе къ совершенствованію; какъ въ хорѣ все управляется однимъ регентомъ, за указаніями котораго чутко слѣдятъ всѣ пѣвцы, такъ и въ психіатрической дѣятельности общее направленіе даетъ директоръ, и его указаніямъ должны подчиняться всѣ въ интересахъ общаго дѣла; съ другой стороны, какъ общее настроеніе участниковъ хора отражается и на регентѣ, такъ и въ психіатрической дѣятельности,—направляющее вліяніе директора совершенствуется подъ вліяніемъ подъема знаній, энергіи и любви къ дѣлу участниковъ въ выполненіи одной общей задачи жизни.

Такимъ путемъ создается общій благотворный духъ заведенія, которымъ мало-по-малу проникаются всѣ другіе служащіе въ заведеніи, и такимъ образомъ создается та психіатрическая атмосфера, которая

вмѣстѣ съ цѣлесообразнымъ режимомъ составляетъ причину того, что самое помѣщеніе въ заведеніе благопріятно дѣйствуетъ на психически больного.

Одну изъ главныхъ заботъ врачебнаго персонала составляетъ пріисканіе и воспитаніе хорошихъ надзирателей и надзирательницъ и приспособленіе низшаго больничнаго персонала къ уходу за душевно-больными. На обязанности надзирателей и надзирательницъ лежитъ быть въ самомъ тѣсномъ отношеніи съ больными, слѣдить за всѣми подробностями ихъ жизни, наблюдать за деталями проявленія ихъ личности, сообщать обо всемъ этомъ врачу, устранять и предупреждать вредныя и опасныя проявленія; живя съ больными, посѣщая ихъ и ночью, а съ нѣкоторыми больными проводя ночь въ одной комнатѣ, обѣдая, дѣятельно участвуя въ занятіяхъ и развлеченіяхъ больныхъ, они узнаютъ всѣ особенности ихъ личности,—и проявляя относительно ихъ всевозможныя, кажущіяся на первый взглядъ мелкими, заботы, они должны окружать больного теплой атмосферой любви и разумнаго вниманія; они создаютъ главное условіе для того, чтобы болѣзненное настроеніе больного измѣнялось въ благопріятную сторону. Выполняя съ любовью, терпѣніемъ и ровностью требованія психическаго ухода, надзиратели и надзирательницы въ тоже время должны быть въ высшей степени пунктуальны относительно выполненія медицинскихъ предписаній, должны поддерживать у больныхъ своею исполнительностью вѣру въ авторитетъ врача, слѣдить педантически за чистотою въ отдѣленіи, за чистотою одежды больныхъ, за порядкомъ, и разумно направлять низшій персоналъ дядекъ и нянекъ.—Изъ всего этого видно, что дѣятельность надзирателей и надзирательницъ и трудна, и сложна; она требуетъ извѣстныхъ качествъ, — но она не должна пугать желающихъ посвятить себя этому дѣлу: при твердомъ желаніи, сознаніи долга и привычкѣ исполнять долгъ и трудолюбіи,—хорошій и не совсѣмъ глупый человѣкъ можетъ сдѣлаться достойнымъ надзирателемъ и надзирательницей; наградой является часто то душевное удовлетвореніе отъ сознанія исполненія человѣческой обязанности и чувства внушаемой любви, которое испытывается на этомъ поприщѣ много чаще, чѣмъ въ другихъ профессіяхъ. Сама по себѣ дѣятельность надзирателя такъ высока и значительна, что я совѣтую молодымъ врачамъ, желающимъ посвятить себя психіатрической дѣятельности, начинать съ исполненія обязанностей надзирателей, причемъ конечно они должны исполнять свою обязанность не формально только, а всей душой; это принесетъ имъ впослѣдствіи то, чего нельзя почерпнуть изъ книгъ и въ другой обстановкѣ.

Само собою разумѣется, что выборъ надзирателей и надзиратель-

ницъ представляетъ довольно большое затрудненіе, такъ какъ выборъ подходящихъ лицъ небольшой и производится обыкновенно совершенно случайно. Отсюда является потребность въ школахъ, подготовляющихъ надзирателей и надзирательницъ. Потребность эта сознавалась давно въ западной Европѣ и тамъ давно она находила удовлетвореніе. Въ Россіи покойный д-ръ С. Н. Данилло, одинъ изъ первыхъ, отчасти осуществилъ эту потребность; онъ съ 1886 года сталъ преподавать основы ухода и наблюденія за душевно-больными сестрамъ милосердія Краснаго Креста, причемъ практически онѣ знакомились съ дѣломъ, дежуря въ Петербургской психіатрической клиникѣ, бывшей тогда въ завѣдываніи профессора И. П. Мержеевскаго. Читанный имъ курсъ д-ръ Данилло своевременно напечаталъ. Сколько мнѣ извѣстно, впрочемъ и ранѣе въ нѣкоторыхъ губернскихъ городахъ земскіе психіатры, какъ напр. д-ръ И. Я. Платоновъ въ Полтавѣ, читали на фельдшерскихъ курсахъ краткіе курсы психіатріи. Д-ръ А. А. Яковлевъ, читавшій въ послѣдніе годы такой курсъ въ Вологдѣ, напечаталъ свои лекціи въ 1899 году. Въ Москвѣ д-ръ А. А. Токарскій съ 1894 года нѣсколько лѣтъ подрядъ читалъ курсъ ухода за душевнобольными на женскихъ фельдшерскихъ курсахъ Старой Екатерининской больницы; слушательницы дежурили въ завѣдуемой мною клиникѣ и нѣкоторыхъ другихъ больницахъ и получали такимъ образомъ практическую подготовку.

Весьма важную роль въ жизни психіатрическихъ заведеній играетъ персоналъ служителей и сидѣлокъ ухаживающихъ за больными. Сколько-бы ни старался врачъ или надзиратель самъ быть съ больными, все-таки онъ не можетъ поспѣть всюду, и большинство больныхъ будетъ подъ непосредственнымъ попеченіемъ служителей и сидѣлокъ. Въ виду этого слѣдуетъ выбирать ихъ съ большимъ стараніемъ, заботиться объ ученіи ихъ правильному исполненію обязанностей и о томъ, чтобы лучшіе изъ служителей и сидѣлокъ дорожили своими мѣстами. Это достигается разумнымъ и справедливымъ отношеніемъ къ нимъ, вниманіемъ къ ихъ нуждамъ, доставленіемъ удобнаго помѣщенія какъ для холостыхъ, такъ и для женатыхъ, хорошей пищи и достаточнаго жалованья; весьма полезно, чтобы жалованье могло увеличиваться пропорціонально годамъ службы и въ заключеніе давалась бы пенсія. Не нужно также обременять служителей непосильнымъ трудомъ и заставлять работать безъ отдыха; какъ показываетъ опытъ долговременная служба въ психіатрическихъ больницахъ безъ отдыха, часто ведетъ къ преждевременному отупѣнію какъ надзирателей, такъ и служителей, особенно если не обставлена благопріятными условіями ихъ личная

семейная жизнь, т. е. нѣтъ при больницѣ особыхъ помѣщеній для семействъ служащихъ.

Что касается до необходимаго количества служительскаго персонала для больныхъ, то въ этомъ отношеніи существуетъ большое разнообразіе. Такъ, въ частныхъ лѣчебницахъ приходится 1 служитель на одного больного, въ большинствѣ русскихъ больницъ 1 служитель на 4—6 больныхъ, въ заграничныхъ заведеніяхъ (во многихъ) 1 служитель на 9—10 больныхъ, а въ нѣкоторыхъ англійскихъ 1 на 16.

На обязанности служителей и служительницъ лежитъ пунктуальное исполненіе всего, что указывается имъ врачами и надзирателями; они смотрятъ за больными, дежурятъ при нихъ, сопровождаютъ ихъ всюду, соблюдаютъ чистоту въ комнатахъ, одѣваютъ больныхъ, раздѣваютъ ихъ, иногда кормятъ; они должны быть сами очень аккуратны, внимательны, исполнительны, вѣжливы, трезвы, должны избѣгать ссоръ между собою, а тѣмъ болѣе съ больными, не сообщать больнымъ неподходящихъ новостей, должны быть терпѣливы, сдержанны и при столкновеніи съ больными уступчивы; удерживая больныхъ, находящихся въ возбужденіи, должны постоянно имѣть въ виду, какъ бы не причинить больному вреда или боли. Они должны быть находчивы и быть готовы въ нѣкоторыхъ нетерпящихъ отлагательства случаяхъ оказать больному необходимую помощь, напр., развязать веревку повѣсившагося больного, положить правильно во время эпилептическаго припадка.

Конечно для того, чтобы имѣть хорошій служительскій персоналъ врачи и надзиратели должны сами потрудиться: простыхъ людей, способныхъ быть хорошими служителями и сидѣлками, много, но ихъ нужно научить, какъ достигать той цѣли, для которой они служатъ; ничего нѣтъ удивительнаго, если служитель, которому ничего не показано и который не видитъ хорошаго примѣра, станетъ раздражаться на больного и ударитъ его; наоборотъ, служителю доставляетъ удовольствіе обходиться съ больнымъ ласково, если его научили, какъ поступать въ каждомъ случаѣ и какъ добрыми средствами достигать успокоенія больного и отвлеченія его вниманія.

Въ виду всего этого весьма важно систематическое правильное обученіе служителей, на что давно обращено вниманіе въ западной Европѣ. У насъ дѣло систематическаго обученія низшаго медицинскаго персонала еще только недавно началось. Такъ, въ концѣ 80-хъ годовъ д-ръ В. В. Ольдерогге ведетъ систематическій курсъ для служителей психіатрическаго отдѣленія Николаевскаго Военнаго госпиталя въ Петербургѣ, а съ 1895 года д-ра А. А Мендельсонъ и М. С. Морозовъ приступили къ обученію прислуги въ Петербургской больницѣ Св. Пан-

телеймона. Первымъ изъ нихъ издана въ 1898 году книга: «Уходъ за душевно-больными", какъ руководство для надзирательскаго и служительскаго персонала психіатрическихъ заведеній, въ которой можно почерпнуть много указаній, которыми должны руководиться служители и сидѣлки. Д-ръ П. И. Печай въ Кіевской Кирилловской больницѣ тоже читаетъ курсъ по уходу за душевно-больными.

Я долженъ прибавить еще, что нѣкоторые психіатры, имѣя въ виду трудность поручать уходъ недостаточно интеллигентнымъ простымъ служителямъ и сидѣлкамъ, стараются замѣнить ихъ усиленнымъ штатомъ помощниковъ надзирателей и надзирательницъ; конечно, безъ простой прислуги дѣло не можетъ обходиться, на нее возлагается исключительно черная работа—чистка комнатъ, бѣлья и т. п.; собственно же уходъ возлагается на болѣе интеллигентный персоналъ. Эта мѣра проводится между прочимъ д-ромъ Яковенко въ Покровской больницѣ Московскаго земства.

Наконецъ, еще одно прибавленіе: въ большинствѣ случаевъ въ мужскихъ отдѣленіяхъ за больными ухаживаютъ мужчины, въ женскомъ—женщины. Обусловливается это опасеніемъ проявленій полового возбужденія. Я долженъ однако сказать, что уходъ хорошихъ, понимающихъ свои обязанности женщинъ за мужчинами, вовсе не долженъ считаться абсолютно исключеннымъ изъ практики психіатрическихъ учрежденій: въ Швеціи женская прислуга существуетъ и въ мужскихъ отдѣленіяхъ; въ Россіи тоже существуютъ примѣры такого рода, и я самъ хорошо знаю примѣры, какъ мужчины были многимъ обязаны именно женскому уходу.

Кромѣ персонала, участвующаго въ уходѣ за больными, разумѣется, въ психіатрической лѣчебницѣ долженъ быть достаточный составъ другихъ служащихъ, исполняющихъ обязанности по хозяйственной сторонѣ дѣла; но и этотъ персоналъ долженъ дѣйствовать въ томъ духѣ, въ которомъ указываетъ врачъ. Главнымъ распорядителемъ психіатрической больницы долженъ быть врачъ-психіатръ.

До сихъ поръ мы описали однако лишь одну половину элементовъ того могущественнаго терапевтическаго средства, которое называется лѣчебницей для душевно-больныхъ; другую его половину составляютъ сами больные. Больные, находящіеся въ больницѣ, не только лѣчатся, но и способствуютъ дѣлу лѣченія другихъ больныхъ. Больные иногда сами это замѣчаютъ и говорятъ: „мы лѣчимъ другъ друга". И дѣйствительно вліяніе больныхъ другъ на друга бываетъ очень велико: выздоравливающіе вліяютъ на другихъ, какъ на товарищей и часто своимъ примѣромъ и убѣжденіями помогаютъ больнымъ лучше пере-

носить ихъ болѣзнь, чѣмъ здоровый персоналъ лѣчебницы; многіе изъ нихъ, а также многіе ихъ хроническихъ больныхъ, привязывающихся къ лѣчебницѣ, какъ къ своему дому, составляютъ незамѣнимыхъ союзниковъ врачей, поддерживающихъ авторитетъ ихъ и надзирателей и придающихъ жизни въ лѣчебницѣ семейный характеръ. Заразительное вліяніе хорошаго примѣра, *сила безсознательнаго внушенія*, суть могущественные факторы, вліяніе которыхъ хотя и неуловимо, но въ высшей степени важно для терапевтической дѣятельности лѣчебницы. Этотъ взглядъ, понятный для психіатра, часто совершенно непонятенъ неврачамъ: при помѣщеніи больного родственники очень часто высказываютъ опасеніе дурного вліянія больныхъ, находящихся въ лѣчебницѣ, на ихъ больного: „когда онъ очутится среди совсѣмъ помѣшанныхъ, говорятъ они обыкновенно, то онъ совсѣмъ съума сойдетъ, а теперь вѣдь онъ все понимаетъ“. Это опасеніе заставляетъ часто надолго откладывать помѣщеніе больного, а между тѣмъ часто больной, очутившись въ средѣ другихъ больныхъ, быстро освоивается и начинаетъ съ нѣкоторой критикой относиться къ себѣ и къ другимъ и находитъ въ больницѣ такихъ лицъ, съ которыми ему полезнѣе жить, чѣмъ съ родственниками. Конечно, бываютъ нерѣдко случаи и дурного вліянія больныхъ другъ на друга. Но этому обыкновенно не трудно помочь, размѣщая больныхъ въ разныя отдѣленія, не давая имъ возможности сходиться или своевременно нейтрализуя вредъ.

Таковъ организмъ психіатрической лѣчебницы. Жизнь его должна идти въ стройномъ порядкѣ, въ которомъ однако должно быть исключено все мертвенное, рутинное. Все должно быть стройно, все должно быть выполнено пунктуально, аккуратно по времени и по качеству, но въ то же время все должно быть сознательно. ***Живая душа должна быть видна во всемъ и прежде всего въ индивидуализаціи каждаго больного***. Больной не долженъ быть номеромъ, а долженъ быть личностью, хорошо знакомою всѣмъ лицамъ персонала, которыя имѣютъ къ нему отношеніе. Мы въ нашей клиникѣ избѣгаемъ даже называть въ разговорѣ между собой больныхъ по фамиліи, а называемъ по имени и отчеству: *личное* отношеніе сохраняется при этомъ больше. Врачу и надзирателямъ должна быть извѣстна и прошлая жизнь больного, и его интересы; онъ долженъ знать то, что́ его заботитъ, что́ составляетъ его особенности, его привычки. Маленькія услуги, оказываемыя благодаря именно пониманію индивидуальныхъ особенностей больного, вниманіе къ интимнымъ сторонамъ его жизни со стороны врачей и надзирателей, поддерживаютъ въ больномъ болѣе чѣмъ что-либо тѣсную связь съ вра-

чемъ и помогаютъ послѣднему укрѣплять въ больномъ шатающуюся и готовую распасться личность.

Я думаю, что это пониманіе индивидуальныхъ свойствъ больного, которое должно быть основною чертою психіатра, дѣлало то, что психіатрическія лѣчебницы были важнымъ терапевтическимъ агентомъ даже и тогда, когда въ нихъ употреблялись тѣ суровыя мѣры, о которыхъ мы теперь знаемъ лишь по наслышкѣ.

Итакъ, разумное пониманіе личности больного, связанное съ спеціальнымъ знаніемъ патологіи, является важнѣйшимъ элементомъ того строя жизни, которымъ дѣйствуетъ психіатрическая лѣчебница.

Другой элементъ—есть надзоръ. Надзоръ главнымъ образомъ нуженъ для безопасности больныхъ; онъ нуженъ и для наблюденія за теченіемъ болѣзни. Но для этого нѣтъ надобности въ такомъ педантичномъ надзорѣ, какъ для безопасности. Надзоръ конечно нуженъ не въ одинаковой степени для всѣхъ больныхъ; нѣкоторые нуждаются въ крайне бдительномъ надзорѣ, для другихъ онъ можетъ быть нуженъ только въ небольшомъ размѣрѣ. Но надзоръ имѣетъ и свои дурныя стороны. Нужно всегда помнить слова Достоевскаго, высказавшаго въ „Запискахъ изъ мертваго дома“, что одно изъ величайшихъ мученій—это не имѣть возможности быть одному, вѣчно быть подъ взглядомъ надзирателя. Помня это, мы всегда найдемъ необходимымъ смягчить надзоръ тамъ, гдѣ это возможно и не вредно для больного, организовать его такъ, чтобы онъ не былъ чрезмѣрно назойливъ и не являлся бы въ видѣ чего-то неотвязно преслѣдующаго: вѣдь когда врачъ или надзиратель говоритъ съ больнымъ, играетъ съ нимъ въ шашки или читаетъ ему вслухъ, онъ конечно можетъ очень удобно слѣдить, чтобы больной не сдѣлалъ себѣ вреда, но для больного этотъ способъ надзора далеко не такъ тягостенъ, какъ если безпрерывно смотрѣть на него въ отверстіе двери, стоять, такъ сказать, надъ его душой, что раздражаетъ его и можетъ привести больного въ состояніе изступленія.

Требованія наблюденія и надзора вмѣстѣ съ требованіями, вытекающими изъ знанія свойствъ болѣзни и способа вліянія на болѣзнь тѣхъ или другихъ средствъ, даютъ основанія для установленія жизни въ больницахъ для душевно-больныхъ по извѣстному порядку. Этотъ порядокъ касается какъ служебныхъ отношеній, такъ и режима больныхъ. Въ служебномъ отношеніи порядокъ долженъ заключаться въ томъ, чтобы каждый изъ персонала имѣлъ свое опредѣленное дѣло, исполнялъ бы его точно, согласуя вмѣстѣ съ тѣмъ свою дѣятельность съ дѣятельностью другихъ служащихъ: разъ существуетъ общее дѣло, всѣ участники должны взаимно помогать другъ другу и

дополнять одинъ другого. Общее направленіе дается врачами и директоромъ, но для того, чтобы врачи дѣйствовали вполнѣ правильно, они должны знать все, что дѣлается съ больными, и какія условія ихъ окружаютъ. Поэтому они постоянно должны обмѣниваться мыслями и наблюденіями; надзиратели и прислуга должны сообщать врачу своего отдѣленія и директору всѣ даже мелочи, касающіяся больныхъ. Въ виду этого во всякой благоустроенной психіатрической больницѣ существуетъ извѣстный порядокъ докладовъ или рапортовъ надзирателей или надзирательницъ, бесѣды съ ними, бесѣды и конференціи врачей.

По отношенію къ больнымъ долженъ быть установленъ правильный режимъ, сообразный съ требованіями гигіены и характера болѣзни. Правильность распредѣленія больныхъ, чистота воздуха въ помѣщеніяхъ, чистота комнатъ, чистота и порядокъ одежды и бѣлья, гигіеническая и своевременная пища и питье, соотвѣтствующая требованіямъ смѣна покоя и занятій, не волнующія развлеченія, прогулки на воздухѣ, чтеніе, переписка съ родными, свиданія съ ними, если они дозволены,—все это должно быть хорошо организовано, и стройный порядокъ въ этомъ отношеніи долженъ входить какъ безусловный элементъ въ жизнь заведенія; конечно, разъ мы имѣемъ больныхъ разнообразнаго характера, разнообразной индивидуальности, — режимъ не для всѣхъ больныхъ можетъ быть одинаковый; для каждаго больного должны быть индивидуализированы и способъ его содержанія, и питанія, и работы, и отдыха, и нахожденія въ постели, и прогулокъ, свиданій и переписки съ родными, но и на этой индивидуализаціи должна быть печать осмысленнаго порядка и стройности.

Совокупность нѣкоторыхъ пріемовъ въ обращеніи и содержаніи душевно-больныхъ образуетъ рядъ системъ въ дѣлѣ лѣченія, которыя практикуются въ больницахъ для душевно-больныхъ, и благодаря которымъ современная лѣчебница для душевно-больныхъ стоитъ такъ высоко сравнительно съ тѣмъ, какова она была еще весьма недавно.

Изъ этихъ системъ мы отмѣтимъ слѣдующія важнѣйшія:

1. **Система моральнаго вліянія**. Она слагается изъ всего того, что указано нами выше—изъ моральнаго вліянія врачей и хорошихъ надзирателей, изъ пониманія индивидуальныхъ свойствъ больного, знанія того, что нужно для него и энергіи въ выполненіи всего, что можетъ поддержать расшатывающуюся личность больного и изъ всего того, что создаетъ лѣчащую атмосферу лѣчебницы. Я только что такъ много говорилъ объ этомъ, что, я думаю, всѣмъ понятенъ основной принципъ этой системы. Къ элементамъ системы моральнаго вліянія относится и цѣлый рядъ способовъ психическаго лѣченія, о которыхъ будетъ сказано ниже.

Считаю нужнымъ еще разъ повторить: разумная система моральнаго вліянія, основанная на знаніи патологіи душевныхъ болѣзней, должна считаться основною въ дѣлѣ леченія душевныхъ болѣзней. Чтобы согласиться съ этимъ, стоитъ припомнить, что даже тогда, когда въ больницахъ было широко распространено связываніе, когда въ нихъ не практиковался ни рабочій, ни постельный режимъ,—онѣ все таки являлись благодѣтельными для больныхъ, и многіе больные по выздоровленіи не ставили въ вину врачамъ и ухаживающему персоналу суровость господствовавшаго режима, а съ благодарностью вспоминали о добротѣ и вниманіи, которыми они были окружены, и о разумномъ пониманіи ихъ душевнаго состоянія со стороны, по крайней мѣрѣ, нѣкоторыхъ изъ стоявшихъ около нихъ лицъ. Къ тому же нельзя не признать, что и другія системы, къ перечисленію которыхъ я сейчасъ перейду, явились главнымъ образомъ благодаря дальнѣйшему развитію основной системы, которую я называю системой моральнаго вліянія. Суровые способы, которыми въ прежнее время пользовалась эта система, теперь почти цѣликомъ отошли въ область преданій, но самая система осталась, и безъ нея нельзя дѣйствовать психіатру.

2. **Система нестѣсненія (No-restraint).** Исторія развитія этой системы такая. Въ прежнее время лѣчебницы для душевно-больныхъ носили названіе „домовъ для умалишенныхъ"; на нихъ смотрѣли не какъ на медицинскія учрежденія, а какъ на мѣста заключенія опасныхъ сумасшедшихъ. Они устраивались на подобіе тюремъ, въ видѣ массивныхъ башенъ съ маленькими рѣдкими окнами, высоко поднятыми надъ поломъ и задѣланными толстыми желѣзными рѣшетками. Больные находились тамъ, какъ тяжелые преступники, въ кандалахъ и прикованные цѣпями къ полу и стѣнѣ. Въ такомъ положеніи оставались они въ скученныхъ и грязныхъ помѣщеніяхъ, иногда въ клѣткахъ на подобіе звѣрей, по цѣлымъ годамъ. Такъ было въ большинствѣ государствъ западной Европы еще не очень давно. Недавно лишь исполнилось сто лѣтъ съ того времени, когда началось въ психіатріи движеніе въ пользу освобожденія больныхъ, въ пользу болѣе гуманнаго призрѣнія ихъ, а именно, когда въ 1792 и 1793 годахъ *Daquin* въ Шамбери въ (Савойѣ) и *Chiarugi* во Флоренціи своими сочиненіями проповѣдывали примѣненіе гуманныхъ мѣръ къ лѣченію душевно-больныхъ, и когда, наконецъ, *Пинель* въ парижскомъ Бисетрѣ вмѣстѣ съ своимъ надзирателемъ Пусеномъ снялъ цѣпи, которыми были прикованы душевно-больные въ видахъ безопасности, а *Вильямъ Тьюкъ* въ Англіи создалъ такъ называемое Іоркское убѣжище Общества Друзей, въ которомъ мѣры стѣсненія были замѣнены мѣрами кротости. Около этого времени вмѣсто

цѣпей, которыя употреблялись для обузданія буйныхъ больныхъ, вошла въ употребленіе горячечная или смирительная куртка, которою можно было связывать безпокойнаго больного и давать ему при этомъ возможность пользоваться и чистымъ воздухомъ; особенно безпокойныхъ больныхъ привязывали къ особымъ кресламъ и къ кроватямъ, надѣвали на нихъ спеціально придуманные кожанные пояса съ прикрѣпленными къ нимъ кожанными же нарукавниками. Введеніе этихъ мѣръ обузданія казалось въ то время великой гуманной мѣрой, такъ какъ больные, хотя и связанные, могли двигаться, могли уходить изъ своихъ пропитанныхъ смрадомъ комнатъ, и связывались на сравнительно непродолжительный срокъ.

Но толчекъ, данный Пинелемъ и его современниками, развитію гуманныхъ взглядовъ по отношенію къ душевно-больнымъ не могъ остановиться на этомъ. Вскорѣ, а именно въ 30-хъ и 40-хъ годахъ нѣкоторые изъ англійскихъ психіатровъ заявили горячій протестъ противъ какого бы то ни было связыванія. Изъ этихъ врачей особенно выдѣляется Конолли, который съ настойчивостью и убѣдительностью доказывалъ, что даже простое связываніе въ горячечную рубашку приноситъ больше вреда, чѣмъ пользы: „горячечная рубашка, говорилъ онъ своимъ противникамъ, только раздражаетъ больныхъ; оттого у васъ въ больницахъ такъ много буйныхъ, что вы ихъ связываете: подумайте лучше о причинахъ буйства, улучшите пищу, помѣщенія, дайте больше воздуха, будьте внимательнѣе къ больнымъ, дайте имъ отдѣльныя помѣщенія, наблюдайте за прислугой и перестаньте надѣяться на обузданіе путемъ связыванія,—тогда и буйства въ больницахъ будетъ меньше“. И дѣйствительно, когда въ нѣкоторыхъ заведеніяхъ, по убѣжденію Конолли, изгнали изъ употребленія горячечную рубашку, оказалось, къ удивленію, что „буйныхъ“ больныхъ стало гораздо меньше; тогда стало очевидно, что во многихъ случаяхъ *буйство само обусловливалось связываніемъ*. Болѣе рѣзкаго примѣра въ пользу знаменитаго положенія: „не противься злу насиліемъ“—трудно найти [1])...

---

[1]) Однако при всей симпатіи къ этому часто забываемому принципу безпристрастіе заставляетъ меня оговориться, что именно отношеніе къ душевно-больнымъ и указываетъ на невозможность *абсолютнаго* примѣненія этого принципа. Въ самомъ дѣлѣ, вѣдь нельзя же не употребить, хотя бы въ наиболѣе мягкой формѣ, насилія, когда видишь больного, стремящагося сдѣлать вредъ себѣ и другому; нельзя иногда безъ насилія помѣстить его въ больницу; нельзя не задержать его вопреки его волѣ въ лѣчебницѣ, нельзя не накормить, хотя бы и съ порядочнымъ насиліемъ, если онъ подъ вліяніемъ бреда отказывается

Система, при которой ставится въ обязательное правило не связывать больныхъ, даже при самыхъ сильныхъ степеняхъ безпокойства, была названа системой No—restraint—нестѣсненія (вѣрнѣе несвязыванія). По этой системѣ связываніе больныхъ не только въ горячечную куртку, даже полотенцами, недопускается многими абсолютно, а другими во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ тѣхъ, когда нужно произвести хирургическую операцію у душевно-больного. Въ этомъ отрицаніи механическихъ способовъ стѣсненія заключается то, что составляетъ такъ наз. негативную (отрицательную) сторону системы нестѣсненія. Но она сильна не этой только стороною; рядомъ съ негативною идетъ и вытекающая изъ нея позитивная сторона — улучшеніе всѣхъ способовъ лѣченія и содержанія больныхъ. Вмѣсто обузданія связываніемъ въ заведеніяхъ, гдѣ принята была эта система, стало развиваться болѣе внимательное отношеніе къ больнымъ, бо́льшая индивидуализація, бо́льшая забота о правильной группировкѣ, о томъ, чтобы больнымъ доставлялась въ достаточномъ количествѣ питательная пища, возможность двигаться на воздухѣ, возможность пользоваться развлеченіями и полезными занятіями; чѣмъ болѣе улучшалась жизнь въ заведеніяхъ для душевно-больныхъ, тѣмъ становились и покойнѣе больные, — и громадное большинство психіатровъ, покинувшихъ горячечную рубашку, ясно видѣли, что и поводовъ къ ея употребленію становилось все меньше.

Гуманная, просвѣтительная и глубоко разумная проповѣдь системы нестѣсненія однако не сразу была принята: многимъ, не испытавшимъ ее на дѣлѣ, казалось невозможнымъ обойтись безъ связыванія; другіе, не употребляя связыванія, стали употреблять взамѣнъ его въ громадныхъ количествахъ наркотическія средства: хлоралъ-гидратъ, опій, доводя больныхъ до состоянія оглушенія. Но чистые представители системы нестѣсненія возстали и противъ этой замѣны механическаго рестрента — химическимъ, такъ какъ излишнее употребленіе наркотическихъ несомнѣнно вліяетъ вредно на теченіе душевныхъ болѣзней. Но съ теченіемъ лѣтъ система нестѣсненія все болѣе и болѣе стала господствовать въ психіатріи, и соотвѣтственно этому улучшились и

отъ ѣды. Поэтому я не могу стоять за абсолютное примѣненіе принципа „не противленія злу насиліемъ“. Но считаю необходимымъ указать, что по отношенію къ душевно-больнымъ очень и очень часто принципъ этотъ содержитъ въ себѣ указанія высокой *практической мудрости*, такъ какъ чѣмъ меньше мы будемъ прибѣгать къ насилію, чѣмъ больше будемъ стараться замѣнять его другими мѣрами, имѣющими въ виду *улучшить* положеніе больного и *предупредить* то, что потребовало бы насилія, тѣмъ болѣе будемъ мы достигать цѣли лѣченія.

психіатрическія заведенія. Въ тѣхъ заведеніяхъ, въ которыхъ примѣненіе горячечной рубашки уничтожено, естественно развилась необходимость болѣе внимательно относиться къ больнымъ, употреблять болѣе старанія и болѣе времени на уходъ за ними. Вслѣдствіе этого жизнь больныхъ улучшилась и заведенія для душевно-больныхъ перестали походить на старинные „сумасшедшіе дома", а сдѣлались дѣйствительными медицинскими лѣчебными средствами и хорошо обставленными пріютами, въ которыхъ заботятся о возможно большихъ удобствахъ жизни больныхъ и о предоставленіи имъ возможной для нихъ свободы.

Къ сожалѣнію далеко не вездѣ еще и до сихъ поръ система нестѣсненія признается, какъ абсолютно необходимая. Еще и теперь во многихъ мѣстахъ практикуется связываніе и при томъ не только въ захолустьяхъ, но въ такихъ учрежденіяхъ, какъ Вѣнская клиника Крафтъ Эбинга. Въ отечествѣ Пинеля, во Франціи, еще сравнительно недавно Маньяну приходилось доказывать выдающимся парижскимъ психіатрамъ пользу нестѣсненія. Въ Германіи, правда, новая система нашла энергичнаго и пылкаго послѣдователя въ лицѣ Гризингера, который и распространилъ въ ней идеи „свободнаго лѣченія (freie Behandlung) У насъ, въ Россіи тоже система нестѣсненія все болѣе и болѣе укрѣпляется въ тѣхъ заведеніяхъ, во главѣ которыхъ стоятъ психіатры. Правда, и теперь еще приходится слышать возраженія противъ нея, исходящія даже изъ такихъ центровъ, какъ Петербургъ Въ своихъ „Клиническихъ лекціяхъ о душевныхъ болѣзняхъ" старшій врачъ Петербургской психіатрической клиники А. Ф. Эрлицкій говоритъ: „Въ дѣйствительности система абсолютнаго no restraint'а заслуживаетъ болѣе чѣмъ порицанія; примѣненіе ея составляло бы жестокое варварство, не согласующееся съ основными правилами гуманности и неприличествующее званію врача. Всѣ громогласныя заявленія кабинетныхъ психіатровъ на съѣздахъ, въ печати и съ кафедръ о фактическомъ примѣненіи абсолютнаго no restraint'а въ управляемыхъ ими заведеніяхъ одна только безцеремонная неправда или злая комедія" (стр. 222). — Я считаю своею обязанностью сдѣлать нѣсколько замѣчаній по поводу этихъ словъ, потому что докладъ „о нестѣсненіи" на первомъ съѣздѣ русскихъ психіатровъ въ 1887 - мъ году дѣлалъ я, я проповѣдывалъ идеи несвязыванія съ кафедры и я утверждалъ, что въ Московской психіатрической клиникѣ никогда не употреблялась горячечная рубашка, также какъ и то, что въ одной Московской лѣчебницѣ, которою я сталъ завѣдывать съ 1881-го года, — вскорѣ была абсолютно выведена горячечная рубашка. Я и теперь могу смѣло утверждать, что съ моей стороны ни обмана, ни комедіи, тѣмъ болѣе злой, не было; мнѣ приходилось наблюдать (въ случаяхъ періодическихъ болѣзней) такихъ больныхъ, которые въ одни приступы находились въ больницахъ, мною завѣдуемыхъ, а въ другіе приступы въ другихъ, гдѣ подвергались связыванію; разница была поразительная — у насъ, гдѣ о горячечной рубашкѣ и помину не было, періоды возбужденія проходили рѣшительно безъ приступовъ такъ называемаго „буйства", а только съ проявленіями нѣкоторой распущенности, несдержанности и возбудимости, — а тамъ, гдѣ горячечная рубашка была употреблена, — тамъ возбужденіе доходило до того, что для ухода за больной женщиной приставлено было нѣсколько мужчинъ.

Можетъ быть, мнѣ возразятъ, что клиника и лѣчебница, о которыхъ я говорю, поставлены въ особенно благопріятныя условія. Но мнѣ выпало счастье быть вмѣстѣ съ бывшимъ въ то время главнымъ врачемъ В. Р. Буцке участникомъ выведенія горячечной рубашки и изъ Московской Преображенской больницы (въ 1887—88 годахъ), переполненной и старой; и тамъ это дѣло удалось также, какъ и въ другихъ больницахъ. А скольким земскимъ психіатрамъ удавалось тоже самое при условіяхъ несравненно болѣе трудныхъ. Я смѣло могу утверждать въ противоположность мнѣнію д-ра Эрлицкаго, что система абсолютнаго no restrainta'а есть не „жестокое варварство", а благо, и что психіатръ долженъ считать своею обязанностью вводить ее всюду, куда ставитъ его судьба. Правда, это дѣло не всегда легкое: оно требуетъ энергіи и очень большого труда со стороны врача, но за то оно такъ благодѣтельно, что въ немъ самомъ заключается и высокая награда [1]).

3. **Система открытыхъ дверей**. Когда вводилась система нестѣсненія, то ея послѣдователи рекомендовали взамѣнъ связыванія помѣщать боль-

---

[1]) Я считаю своимъ долгомъ здѣсь упомянуть объ одномъ, хотя мелкомъ, но имѣющимъ значеніе, обстоятельствѣ, могущимъ смутить моихъ учениковъ. Въ книгѣ П. И. Ковалевскаго „Лѣченіе душевныхъ и нервныхъ болѣзней" (Харьковъ 1889, стр. 227) послѣ изложенія системы нестѣсненія, горячимъ сторонникомъ которой является авторъ, сказано: „По мнѣнію С. С. Корсакова слѣдующіе больные должны подвергаться стѣсненію. 1, больные неистовые вообще,— 2, эпилептики;—3, больные съ стремленіемъ къ самоубійству,—4, больные, нападающіе на окружающихъ, — 5, больные съ стремленіемъ къ разрушенію платья и всего окружающаго,—6, больные, стремящіеся нанести себѣ вредъ, — 7, больные нечистоплотные,— 8, больные съ наклонностью къ бѣгству, -9, больные, отказывающіеся отъ пищи,—10, онанисты,—11, больные ступорозные, нежелающіе садиться,—12, больные, стремящіеся нанести вредъ врачу,— 13, въ въ случаяхъ хирургическихъ".

При этомъ сдѣлана сноска на мой докладъ „Къ вопросу нестѣсненій" (напечатанный въ трудахъ перваго съѣзда отечественныхъ психіатровъ, 1881 г.). Можно представить мое удивленіе и огорченіе, когда я это прочелъ: вѣдь въ своемъ рефератѣ я, имѣя въ виду доказать великую пользу нестѣсненія, старался указать, какъ во всѣхъ случаяхъ слѣдуетъ и возможно обходиться безъ горячечной рубашки и безъ связыванія и опровергнуть доводы противниковъ. Ошибка произошла, какъ отвѣтилъ мнѣ на письмо П. И. Ковалевскій, по винѣ корректора и я, конечно, говорю о ней, не потому, что имѣю хоть малѣйшую претензію къ автору: я знаю, что допустить такую несправедливость въ своемъ сочиненіи автору самому гораздо тяжелѣе, чѣмъ лицу, относительно котораго написано невѣрное свѣдѣніе и, разъ это типографская ошибка, замѣченная лишь по выходѣ книги, то что-же тутъ дѣлать: съ каждымъ это можетъ случиться. Но все таки книга и теперь существуетъ въ библіотекахъ; ее могутъ прочесть лица, не вполнѣ знакомыя съ моими взглядами и приписанное мнѣ мнѣніе можетъ ввести ихъ въ недоразумѣніе. Поэтому я и считаю нужнымъ сдѣлать эту замѣтку, тѣмъ болѣе что ранѣе опроверженіе было сдѣлано (самимъ П. И. Ковалевскимъ) лишь въ одномъ изданіи (Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи).

ныхъ въ отдѣльныя комнаты, въ изоляторы и тамъ запирать на время безпокойства. Однако скоро убѣдились, что запираніе, освобождая другихъ больныхъ отъ безпокойнаго сосѣда, дѣйствуетъ на самого больного во многихъ случаяхъ нехорошо. Отсюда явилась потребность ограничить пользованіе изоляторами, а наконецъ и къ устраненію запиранія вообще. Такимъ образомъ принципъ освобожденія сдѣлалъ еще новые успѣхи и создалась система открытыхъ дверей (open door). Въ заведеніяхъ, устроенныхъ по этой системѣ, больные пользуются очень большой свободой, внутреннихъ замковъ почти нѣтъ, запираются только ворота, ведущіе въ заведеніе и то не всегда, больные днемъ сообщаются другъ съ другомъ свободно, мужчины и женщины обѣдаютъ вмѣстѣ; правда, остается небольшое число запирающихся комнатъ, но ими часто совсѣмъ не пользуются. Такого рода заведенія, притомъ обширныя и превосходно обставленныя устроены преимущественно въ Шотландіи. Проведеніе этой системы удается только тогда, когда въ больницѣ подъ вліяніемъ внушающаго вліянія однихъ больныхъ на другихъ, подъ вліяніемъ внимательнаго, разумнаго, участливаго отношенія служащаго персонала создается такая атмосфера, которая задерживаетъ больныхъ лучше, чѣмъ рѣшетки и запоры. Это дѣло очень не легкое: оно требуетъ такта, умѣнья, настойчивости, очень внимательнаго отношенія къ проявленіямъ болѣзни. Хотя случаевъ побѣга больныхъ въ больницахъ, гдѣ господствуетъ эта система нѣсколько больше, чѣмъ въ больницахъ съ запертыми дверями, но благопріятныя стороны превышаютъ неблагопріятныя, и при хорошемъ персоналѣ служащихъ, при значительномъ удаленіи больницы отъ города съ его кабаками и трактирами примѣненіе этой системы, если не для всѣхъ больныхъ, то для бо́льшей части, весьма желательно.

4. **Система рабочаго режима** явилась также слѣдствіемъ принципа освобожденія больныхъ и стремленія доставить имъ средство пользоваться возможными для нихъ благами. Одно изъ самыхъ сильныхъ побужденій человѣческой природы составляетъ побужденіе къ дѣятельности, къ занятію. Въ больницахъ для душевно-больныхъ многіе больные лишены возможности удовлетворенія этой потребности; благодаря праздности умственная энергія падаетъ, безцѣльное время препровожденіе ведетъ къ отупѣнію, къ занятію онанизмомъ, подтачивающему физическую и психическую организацію. Для поддержанія шатающейся личности одно изъ самыхъ хорошихъ средствъ есть разумная и соотвѣтствующая силамъ плодотворная дѣятельность. Отсюда явилась идея занять больныхъ продуктивной работой. Явились больницы по типу сельскохозяйственныхъ колоній, о которыхъ мы говорили, больницы

съ мастерскими, фермами, фруктовыми садами и огородами. Нѣкоторыя больницы такого рода во время разгара работъ похожи не столько на больницу, сколько на хорошее хозяйственное имѣніе. Оказалось, что систематическія, цѣлесообразныя занятія вліяютъ благотворно не только на хроническихъ больныхъ съ послѣдовательнымъ и прогрессирующимъ слабоуміемъ, но и на нѣкоторыхъ острыхъ, давая исходъ энергіи, которая безъ этого проявлялась бы въ разрушеніи и безпокойствѣ. Особенно благодѣтельны работы на чистомъ воздухѣ.

Само собою разумѣется, что организація рабочаго режима требуетъ вниманія и энергіи со стороны врача. Часто самому врачу приходится итти во главѣ рабочаго отряда и своимъ примѣромъ внушать ту объединяющую идею, которая разъ захвативши больныхъ, подавляетъ въ нихъ и стремленіе бѣжать, и стремленіе вредить другимъ людямъ, даже если у нихъ въ рукахъ острые косы и серпы, отвлекаетъ ихъ отъ многихъ болѣзненныхъ идей. При системѣ рабочаго режима очень многіе больные обыкновенно пользуются и преимуществами открытыхъ дверей.

Какъ на одно изъ преимуществъ системы рабочаго режима указываютъ на то, что работа больныхъ прямо денежно выгодна: многіе пищевые продукты заготовляются больными, больные производятъ постройки, шьютъ платье и бѣлье на всю больницу, шьютъ сапоги, изготовляютъ предметы на продажу. Не отрицая этой стороны и признавая, что иногда сознаніе выгодности работы, является стимуломъ и для самихъ больныхъ, слѣдуетъ однако опасаться придавать слишкомъ большое значеніе этой сторонѣ дѣла: никоимъ образомъ не нужно, чтобы на ней строился бюджетъ больницы, такъ какъ благодаря этому можетъ явиться обремененіе больныхъ работой, стремленіе посылать на работу тѣхъ, кто не долженъ итти, увеличеніе числа рабочихъ часовъ и пр. Денежная выгода есть побочная сторона, главная же цѣль рабочаго режима есть сторона лѣчебная, и если бы работы больныхъ не только не давали барыша, а требовали бы расходовъ, ихъ все-таки нужно вводить.

5. **Система постельнаго режима.** Большинство больныхъ, страдающихъ серьезными тѣлесными болѣзнями, лѣчатся въ постели, такъ какъ требуютъ покоя и сохраненія силъ. Требованіе покоя и сохраненія физическихъ силъ существуетъ и при многихъ душевныхъ болѣзняхъ; поэтому давно уже совѣтывали нѣкоторыхъ душевно-больныхъ держать въ постели, напр., при остромъ бредѣ, въ случаяхъ сильнаго истощенія. Но лишь въ послѣдніе 10—15 лѣтъ постельный режимъ сложился въ особую систему, которая все болѣе и болѣе распространяется въ

больницахъ для душевно-больныхъ. Оказывается, что находящійся въ постели больной не только тратитъ меньше силъ, но и чувствуетъ себя иначе: положеніе въ постели по закону ассоціаціи идей сочетается съ обычными представленіями о болѣзни,—больной сознаетъ и ведетъ себя болѣе, какъ тѣлесно больной, легче подчиняется медицинскому вліянію, болѣе доступенъ физическому изслѣдованію. Это особенно рѣзко замѣтно, когда вновь поступающій больной помѣщается въ комнатѣ, гдѣ находятся нѣсколько больныхъ, пользующихся постельнымъ режимомъ; больной ложится и часто безъ всякаго протеста подчиняется лежанію. Въ результатѣ—гораздо меньше крика, шума, меньше разнузданныхъ движеній и насилій, вслѣдствіе чего въ свою очередь гораздо меньшая потребность въ помѣщеніи больныхъ въ изоляторы. Это наблюденіе и легло въ основу системы постельнаго режима. Она заключается въ сочетаніи постельнаго содержанія съ хорошей организаціей наблюдательныхъ отдѣленій. О послѣднихъ мы говорили—они назначаются для всѣхъ вновь поступающихъ и требующихъ постояннаго наблюденія больныхъ. Въ этихъ отдѣленіяхъ всѣ больные лежатъ, какъ тѣлесно-больные. Примѣръ *многихъ* дѣйствуетъ на каждаго, и большинство лежитъ безъ протеста. Правда, иногда приходится пріучать и болѣе или менѣе удерживать больного, но часто это оказывается нужнымъ только въ первое время, да и то не для всѣхъ больныхъ. Больные находятся въ постели различное время и по назначенію врача: нѣкоторые — цѣлые сутки, обѣдая и ужиная въ постели, нѣкоторымъ только позволяютъ отправляться въ клозетъ и ванны, другимъ назначаются въ извѣстные часы прогулка и общій обѣдъ и ужинъ въ столовой, наконецъ, нѣкоторымъ позволяется проводить болѣе или менѣе значительное число часовъ въ рабочихъ комнатахъ. Все это дѣлается по назначенію врачей.

Благодаря системѣ постельнаго режима характеръ заведеній для душевно-больныхъ рѣзко измѣнился: они стали болѣе похожи на обыкновенныя больницы, изоляціонныя отдѣленія во многихъ изъ нихъ уничтожены за ненадобностью. Интересомъ къ этой системѣ мы особенно обязаны нѣмецкому психіатру Клеменсу Нейссеру. У насъ ее первый ввелъ д-ръ Тимофеевъ въ Домѣ призрѣнія Императора Александра III близъ С.-Петербурга; особеннаго вниманія заслуживаетъ успѣшное введеніе ея въ переполненной старой Екатеринославской больницѣ д-ромъ А. А. Говсѣевымъ.

При всей важности этой системы я долженъ однако отмѣтить, что есть больные, которые не подчиняются постельному содержанію: оно ихъ волнуетъ, раздражаетъ, мучитъ; конечно въ этихъ случаяхъ надо

допускать индивидуальныя послабленія. Кромѣ того нужно помнить, что эта система не должна вести къ пренебреженію другими,—особенно рабочей системой и системой моральнаго вліянія; для этого то и нужно, чтобы при всей строгости проведенія системы постельнаго режима былъ строго соблюдаемъ принципъ правильной дозировки пребыванія въ постели.

Слѣдуетъ отмѣтить, что система постельнаго режима вводится далеко не съ одинаковою легкостью въ различныхъ больницахъ: она гораздо легче примѣняется въ больницахъ большихъ, чѣмъ въ больницахъ маленькихъ, и всего труднѣе въ частныхъ лѣчебницахъ и на дому. Это объясняется тѣмъ, что при послѣднихъ условіяхъ больные находятся внѣ внушающаго вліянія другихъ больныхъ; въ больницахъ большихъ, наоборотъ, всякій вновь поступающій больной сразу входитъ въ среду другихъ лежащихъ больныхъ и безсознательно подчиняется внушающему вліянію обстановки. Поэтому-то въ такихъ больницахъ примѣненіе постельнаго режима и даетъ наиболѣе поразительные результаты. Вообще нужно отмѣтить, что вліяніе своеобразнаго внушенія со стороны созданной въ заведеніи для душевно-больныхъ обстановки имѣетъ очень большое значеніе. Для усиленія этого вліянія при пользованіи постельнымъ режимомъ обыкновенно заботятся о правильномъ размѣщеніи больныхъ, а именно: неспокойныхъ стараются помѣщать въ палатахъ, въ которыхъ находятся больные съ подавленною психическою дѣятельностью и ступорозные, и притомъ въ большихъ палатахъ, гдѣ находится много лежащихъ; въ отдѣльныхъ комнатахъ безпокойные больные не легко пріучаются къ лежанію, и приходится чаще прибѣгать къ удерживанію.

Все вышеизложенное составляетъ терапевтическую силу лѣчебницы, дѣлающую ее лучшимъ мѣстомъ для лѣченія душевно-больныхъ въ тѣхъ случаяхъ, когда существуютъ соотвѣтствующія показанія.

Давъ такимъ образомъ указаніе на отвѣтъ, гдѣ лѣчить душевно-больныхъ, я перейду къ изложенію основъ лѣченія наступившей душевной болѣзни.

Какъ уже было сказано выше, первоначально нужно выяснить показанія къ причинному лѣченію; затѣмъ нужно выбрать соотвѣтствующій способъ лѣченія болѣзненныхъ проявленій. Вся совокупность врачебныхъ мѣръ, направленныхъ къ лѣченію душевно-больныхъ, распадается на мѣры, дѣйствующія на физическую сторону душевно-больныхъ и на психическую и такимъ образомъ лѣченіе душевно больныхъ распадается на психическое и физическое.

Способы лѣченія душевно-больныхъ, употребляемые въ послѣдніе 50 лѣтъ, чрезвычайно рѣзко отличаются отъ тѣхъ способовъ, которые были въ ходу въ

восемнадцатомъ столѣтіи и въ началѣ девятнадцатаго Преобладающими методами лѣченія въ прежнее время были: ослабляющій, обуздывающій, отвлекающій и устрашающій. Ослабляющій методъ заключался въ томъ чтобы больного держать на голодной діетѣ, дѣлать ему обильныя кровопусканія. такими способами разсчитывали частью удалить „дурную“ кровь, частью ослабить энергію возбужденнаго больного: результатъ былъ чаще всего усиленіе возбужденія, озлобленіе и истощеніе, кончавшееся ранней смертью Методъ обуздывающій былъ въ самомъ большомъ ходу. Съ древнихъ временъ уже употреблялось связываніе больныхъ, причемъ древніе врачи совѣтывали употреблять для этого мягкія ткани; потомъ стали употреблять кандалы и цѣпи и стали придумывать всевозможные иногда очень сложные аппараты; такъ, въ одномъ изъ англійскихъ пріютовъ для умалишенныхъ были въ ходу желѣзные пояса. которые стягивали горло и туловище: къ желѣзному поясу придѣлана была цѣпь. проходившая сквозь отверстіе въ стѣнѣ, близь которой находился прикованный больной. Во время припадка возбужденія служитель изъ сосѣдней комнаты брался за конецъ цѣпи и изо всѣхъ силъ притягивалъ больного, чтобы онъ ударялся о стѣну .. И это тогда называлось лѣченіемъ.. Я уже говорилъ, что Пинель и другіе современники его возстали противъ употребленія цѣпей, но онѣ долго не исчезали изъ числа аппаратовъ для лѣченія душевно-больныхъ и не исчезли и до сихъ поръ, даже въ западной Европѣ [1].. Взамѣнъ цѣпей Пинель и его ученики придумывали разныя приспособленія, которыя могли бы ихъ замѣнить Самъ Пинель ввелъ горячечную куртку, зашнуровывающуюся на спинѣ больного, съ длинными рукавами, въ которые вкладывались руки; концы рукавовъ старательно и искусно обводились вокругъ туловища и верхнихъ конечностей и завязывались особымъ узломъ Эта горячечная или смирительная куртка или (болѣе длинная) рубаха и до сихъ поръ еще пользуется любовью многихъ врачей. Въ Москвѣ въ психіатрическихъ больницахъ къ счастью она почти совсѣмъ вывелась, и если ее гдѣ нибудь еще употребляютъ въ Московскихъ больницахъ, то тамъ, гдѣ психіатры лишены самостоятельности; но было время и сравнительно не давно, когда она и въ Москвѣ была въ употребленіи; когда я по окончаніи курса пришелъ въ Московскую Преображенскую больницу, чтобы поступить туда врачемъ, тогдашній главный врачъ, психіатръ, пользовавшейся заслуженной извѣстностью, сказалъ мнѣ: „въ университетѣ вѣдь васъ мало учили психіатріи: вы даже. вѣроятно, не знаете, какъ связывать“, и первый урокъ мой былъ урокъ связыванія И, дѣйствительно, это было важно знать въ то время. отъ неаккуратнаго связыванія развивались параличи нервовъ верхнихъ конечностей, отеки, флегмоны. . Другія обуздывающія средства, придуманныя вмѣсто цѣпей, были: сѣти. которыми пользовался Кіаруджи, деревянный ящикъ въ родѣ футляра для старинныхъ часовъ съ отверстіемъ для головы, кожаныя кирасы съ кожаными рукавами, пристегнутыми къ поясу, неподвижное кресло. къ которому привязывались туловище, руки и ноги, причемъ голова вставлялась иногда въ особый ящикъ. На нѣкоторыхъ больныхъ надѣвалась особая каска съ ремнями, подхватывавшими подбородокъ и сжимавшими челюсти (у больныхъ. которые стремились кусать языкъ); на кричащихъ больныхъ надѣвали крѣпкую кожаную

[1]) Въ Московской психіатрической клиникѣ есть цѣпные кандалы, привезенные сравнительно недавно Д-ромъ Н. Н Баженовымъ изъ Lierneux (Бельгія).

маску (Аутенритова маска), или имъ вставляли въ ротъ своеобразную „грушу". Всѣхъ аппаратовъ такого рода нельзя и перечислить, и придумывали ихъ лучшіе психіатры начала XIX вѣка. Таковъ былъ способъ обуздывающій, способъ механическаго стѣсненія,—противъ котораго возсталъ Конолли, за которымъ послѣдовало большинство просвѣщенныхъ психіатровъ, выбросившихъ весь этотъ сложный аппаратъ какъ вредный и жестокій.

Съ неменѣе жестокими средствами выступали и при лѣченіи способами отвлекающими и устрашающими. Чтобы отвлечь вниманіе, измѣнить направленіе мысли больного старались причинить ему цѣлый рядъ непріятныхъ ощущеній или испугать его. Съ этой цѣлью кожу (особенно головы и затылка) больныхъ растравляли разъѣдающими мазями, дѣлали прижиганія желѣзомъ. Въ большомъ ходу были холодные души, сильной струей бившіе по головѣ, по животу и по спинѣ, поливаніе и капаніе на голову ледяной водой. Обычнымъ средствомъ было также употребленіе рвотнаго камня, который давался больнымъ, чтобы вызывать постоянную тошноту, отъ которой больной долженъ былъ позабывать о своихъ бредовыхъ идеяхъ. Съ тою же цѣлью строились особыя качели и громоздкія вертящіяся машины (одну изъ нихъ придумалъ Дарвинъ, дѣдъ знаменитаго біолога), въ которыя помѣщался больной. Съ цѣлью отвлеченія вниманія больные помѣщались также въ особые снаряды въ родѣ бѣличьяго колеса; колесо вертѣлось, и больной долженъ былъ перебирать ногами, чтобы не упасть; въ томъ же родѣ была устроена и лѣстница съ опускающимися подставками. Если и это не помогало, на больныхъ дѣйствовали испугомъ: съ этой цѣлью больныхъ сбрасывали съ 3-го этажа (правда, внизу растянута была сѣть), бросали въ воду. Знаменитый Гюисленъ придумалъ такой аппаратъ: на водяномъ бассейнѣ стояла заманчивая бесѣдка, въ которую входилъ больной; вдругъ доска, на который онъ стоялъ, выскальзывала изъ подъ его ногъ, и онъ мгновенно погружался въ бассейнъ. Онъ же совѣтывалъ окружать больныхъ гадами, скорпіонами, змѣями (конечно такъ, чтобы они не поранили больного). Знаменитый Рейль, именемъ котораго названа insula головного мозга,—совѣтывалъ вѣшать больныхъ къ потолку комнаты, и палить изъ огнестрѣльныхъ орудій, грозить больному каленымъ желѣзомъ. Многіе психіатры приказывали служителямъ формально бить больныхъ, а въ нѣкоторыхъ больницахъ каждому больному давалось по 40 ударовъ розогъ!

Трудно повѣрить всему этому, а между тѣмъ это все было, и было вовсе не такъ давно. И замѣчательно: умнѣйшіе люди своего времени, представители гуманнѣйшей профессіи, старательно измышляли всѣ эти способы инквизиціи,—въ какомъ то страшномъ ослѣпленіи думая, что приносятъ пользу. Исторія психіатріи, сообщающая намъ объ этомъ, заставляетъ глубоко задуматься всякаго мыслящаго человѣка: сколько ошибокъ человѣческаго ума и сколько страданій производимъ мы, борясь не съ дѣйствительною причиною бѣдствія, а съ воображаемыми и нами самими придуманными страшилищами. Всякому, особенно людямъ, отъ дѣйствій которыхъ зависитъ судьба другихъ людей, нужно знать и помнить эту печальную страницу психіатріи, также какъ помнить и другую, свѣтлую страницу исторію введенія нестѣсненія, доказавшую съ необыкновенной очевидностью, что связываніе, обузданіе физическимъ насиліемъ—порождаетъ злобу и возбужденіе, а удаленіе насильственныхъ мѣръ уже одно способствуетъ успокоенію; а если при этомъ увеличи-

вать пользованіе покоемъ и вообще благомъ, то дѣлается ненужнымъ всякое стѣсненіе, дается возможность людей, лишенныхъ разсудка, видѣть тихими и расположенными къ тому учрежденію, въ которомъ они живутъ. Какъ это оказалось относительно душевно-больныхъ, такъ стоитъ дѣло и въ обычной жизни: каждый человѣкъ долженъ помнить, что не зломъ и не грубымъ насиліемъ успѣшнѣе всего можно бороться со зломъ и бѣдствіемъ, а увеличеніемъ массы добра, (которое само нейтрализуетъ зло) и предупреждающимъ, разумнымъ отношеніемъ къ причинѣ бѣдствія.

Когда явилось освободительное направленіе въ психіатріи,—стало ясно что всѣ бывшіе въ употребленіи сложные аппараты не только не нужны, но даже вредны, жестокіе снаряды были отброшены, но все еще оставалось предубѣжденіе, что для душевно-больного нужно придумывать все „особенное“, и зданія строились особенно неудобныя, и окна помѣщались въ комнатахъ такъ, какъ они не помѣщаются въ обычныхъ жилищахъ, рамы дѣлались съ мелкими переплетами, въ нихъ вставлялись дорогія корабельныя стекла, или они защищались, хотя и изящными, но все же рѣшетками: сады старательно очищались отъ деревьевъ и камешковъ („буйные сады“); комнаты обивались обшивками или дорого стоющими матрацами; ванны дѣлались не простыя, а съ сложными подъемными кранами, которые подхватывали и опускали больного въ воду. . Но мало-по-малу и это все исчезаетъ, такъ какъ предразсудки уменьшаются и оказывается, что лучше всего больные чувствуютъ себя въ простыхъ комфортабельныхъ и свѣтлыхъ помѣщеніяхъ, согрѣтые привѣтливостью окружающихъ больного, способныхъ разумно отнестись къ состоянію его души и пониманію нужды.

Переходимъ теперь къ практикуемымъ въ настоящее время способамъ лѣченія. Прежде всего нужно отмѣтить здѣсь, что мы не имѣемъ вообще какихъ нибудь специфическихъ средствъ, которыми бы излѣчивались душевныя болѣзни. Лишь въ немногихъ случаяхъ, когда душевное разстройство обусловливается очень опредѣленной и легко устранимой причиной (рефлекторные психозы вслѣдствіе раздраженія периферическихъ нервовъ, напр., при инородныхъ тѣлахъ въ ухѣ, нѣкоторые интоксикаціонные психозы и т. п.), мы, примѣняя соотвѣтствующее причинное лѣченіе, можемъ дѣйствовать прямо на корень болѣзни; въ другихъ же случаяхъ мы разсчитываемъ на то, что многіе приступы душевныхъ болѣзней при благопріятныхъ условіяхъ сами проходятъ, и потому должны поставить больного въ такія условія, чтобы они способствовали скорѣйшему ходу къ выздоровленію. Условія эти, примѣняемыя въ той или другой мѣрѣ, и служатъ главными средствами психическаго и физическаго лѣченія.

Психическое лѣченіе.

1. Сюда прежде всего относится **успокоеніе больного.** Душевно больному нуженъ моральный покой, особенно въ началѣ душевнаго забо-

лѣванія Какъ я сказалъ выше, очень часто вредятъ больному тѣмъ, что, видя его тоскливымъ, задумчивымъ, стараются развлечь, разсѣять, заставляютъ предпринимать далекія путешествія, ѣздить по спектаклямъ, знакомымъ. Наоборотъ, въ большинствѣ случаевъ нужно уменьшить кругъ впечатлѣній больного, поставить его въ условія однообразія съ сравнительно малымъ количествомъ сильныхъ впечатлѣній. Въ виду этого нужно больного удалить отъ всего, что раздражаетъ больного, удалить отъ семьи, близкихъ, отъ дѣтъ, отъ матеріальныхъ заботъ. Какъ было сказано выше, это всего лучше достигается помѣщеніемъ больного въ лѣчебницу, но иногда возможно достигнуть этого и на дому. Ради достиженія спокойствія употребляются цѣлый рядъ мѣръ, о которыхъ будетъ сказано ниже.

2. **Помѣщеніе больного въ лѣчебницу и уединеніе на дому** есть, какъ мы говорили, весьма важная терапевтическая мѣра. О значеніи лѣчебницы, какъ самого могущественнаго лѣчебнаго средства противъ душевныхъ болѣзней, мы говорили уже очень подробно; мы говорили также о томъ, какъ помѣщать больного въ лѣчебницу какъ обставить его въ ней. Если лѣченіе почему нибудь происходитъ въ домашней обстановкѣ, въ тѣхъ случаяхъ, когда домашнее лѣченіе предпочитается только въ силу предубѣжденія противъ лѣчебницы или невозможности найти соотвѣтствующее помѣщеніе,—нужно имѣть въ виду и въ домашней обстановкѣ создать тѣ условія, которыя имѣются въ лѣчебницѣ,—т. е. дать больному удобное помѣщеніе, устранить его отъ вліянія родственниковъ, окружить способнымъ къ уходу персоналомъ, назначить правильный режимъ относительно пищи, постельнаго содержанія, занятій, но часто, сколько бы мы ни старались, мы не въ состояніи дать того, что есть въ лечебницѣ, напр., вліянія совершенно чуждой обстановки, гдѣ больной не чувствуетъ себя хозяиномъ, вліянія опытнаго персонала и благотворнаго внушающаго вліянія другихъ больныхъ.

Само собою разумѣется, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ прямого показанія къ помѣщенію въ лѣчебницу, тамъ обстановка при домашнемъ лѣченіи должна быть устроена сообразно требованіямъ болѣзни. Тутъ можетъ быть не нужно будетъ полнаго уединенія больного, а лишь ограниченіе свиданій, не полное прекращеніе занятій, а лишь правильное направленіе ихъ.

Намъ остается рѣшить еще одинъ вопросъ: если было показано *уединеніе больного* въ домашней обстановкѣ или въ лѣчебницѣ, то *какъ долго оно должно продолжаться?* Это вполнѣ зависитъ отъ характера болѣзни и ея хода Въ случаяхъ благопріятнаго теченія все-таки нужно дождаться полнаго выздоровленія. Тогда только можетъ быть рѣчь о

томъ, чтобы постепенно уменьшать степень отдѣленія больного отъ вліяній домашней среды. Полное прекращеніе отдѣленія, т. е. выписку изъ больницы, въ большинствѣ случаевъ лучше разрѣшать только при полномъ выздоровленіи; правильнѣе даже выдержать больного еще нѣсколько времени послѣ выздоровленія. При ранней выпискѣ часто остаются признаки нервной слабости, которые при столкновеніи съ жизнью не уменьшаются, а увеличиваются. Передъ окончательной выпиской иногда полезны пробные отпуски въ домашнюю обстановку. Въ этомъ отношеніи при лѣченіи больныхъ на дому выдержать больного при выздоровленіи столько, сколько нужно, обыкновенно не удается, такъ какъ для того, чтобы не раздражать больного отказами, приходится сравнительно рано позволять свиданія съ родными и знакомыми и разрѣшить выѣзды.

При выпискѣ больныхъ изъ больницы правильнѣе не отпускать ихъ однихъ, а передать на попеченіе близкихъ людей, снабженныхъ, конечно, соотвѣтствующими наставленіями.

Иногда приходится выписывать больного изъ лѣчебницы и ранѣе выздоровленія: 1) въ случаяхъ, когда наступило лишь улучшеніе симптомовъ и трудно надѣяться на выздоровленіе, а дальнѣйшее пребываніе въ лѣчебницѣ лишь тягостно для больного и не можетъ принести ему пользы и 2) когда по миновании нѣкоторыхъ симптомовъ болѣзнь затягивается, и нужно предпринимать какія нибудь новыя мѣры,—перемѣщеніе въ другую обстановку, въ другой климатъ или въ благопріятныя домашнія условія, или 3) когда пребываніе въ больницѣ ухудшаетъ состояніе больного, а онъ не представляетъ опасности.

Въ особенно неблагопріятныхъ случаяхъ удаленіе отъ домашней обстановки и уединеніе приходится продолжать много лѣтъ, потому что соприкосновеніе съ обычными условіями жизни ведетъ къ возбужденію и опаснымъ послѣдствіямъ.

3. Обращеніе съ больными. Въ этомъ отношеніи, конечно, трудно составить общія правила. Опытность и тактъ врача и окружающихъ указываютъ, какой способъ обращенія наиболѣе удобенъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Какъ общее правило, нужно считать, что окружающія больного лица должны отличаться выносливостью, терпѣніемъ и сдержанностью. Если человѣкъ, ухаживающій за больнымъ, самъ легко раздражается, то онъ чаще всего только приноситъ вредъ больному. Нужно спокойно выслушивать все, что больной говоритъ, нужно терпѣливо выжидать возможность сдѣлать то, что вамъ нужно относительно больного, не суетиться, не спѣшить, нужно хладнокровно предвидѣть, что́ больной можетъ сдѣлать себѣ и другимъ вреднаго и заранѣе

устранять поводы къ возникновенію какого-нибудь вреднаго намѣренія. Нужно постоянное вниманіе, бдительный надзоръ. Въ то же время обращеніе съ больнымъ должно быть кроткое, любезное (но безъ слащавости и излишней фамильярности, иногда оскорбляющей и раздражающей больныхъ). Нужно имѣть бодрый видъ, не теряться, дѣйствовать увѣренно, отвѣчать находчиво. Не слѣдуетъ обманывать больныхъ. Правда, иной разъ приходится скрывать отъ больныхъ ту или другую истину, напр., не сообщать имъ извѣстій, могущихъ ихъ взволновать,— но обманъ, особенно своекорыстный, не долженъ примѣняться къ больнымъ. Ничто такъ не раздражаетъ больныхъ, ничто такъ не роняетъ авторитета врача и надзирателей, какъ ложь и фальшь. Достаточно прислугѣ, надзирателю или врачу хоть разъ сфальшивить передъ сознательнымъ больнымъ, чтобы навсегда испортить отношеніе. Многіе думаютъ, что они дѣлаютъ совершенно невинную вещь, говоря больнымъ очевидную ложь въ разсчетѣ, что больные не поймутъ; но больные часто очень чутко понимаютъ фальшь и не допускаютъ никакого снисхожденія къ лжецамъ и фальшивымъ людямъ.

Въ отношеніяхъ съ больными правильнѣе тамъ, гдѣ можно, сохранить такую форму, которая соблюдается въ отношеніяхъ съ психически здоровыми людьми и не относиться къ больнымъ, какъ къ лицамъ, не понимающимъ того, что происходитъ около нихъ. Многіе больные, съ виду мало понимающіе, очень живо чувствуютъ, что съ ними обращаются какъ съ безсмысленными существами, и, конечно, страдаютъ отъ этого.

По отношенію къ больнымъ женщинамъ нужно быть очень осторожнымъ въ словахъ и дѣйствіяхъ со стороны врачей мужчинъ. Не слѣдуетъ садиться на ихъ кровати, не слѣдуетъ обхватывать больныхъ рукою, какъ нѣкоторые имѣютъ дурную привычку дѣлать, слѣдуетъ избѣгать видѣть обнаженное тѣло. Изслѣдованіе половой системы женщины удобнѣе производить приглашенному постороннему врачу, а не врачу отдѣленія.

При разговорѣ между собою при больномъ нужно всегда принимать во вниманіе то, какъ больной можетъ отнестись къ разговору. Поэтому слѣдуетъ избѣгать разговоровъ о немъ самомъ. Въ высшей степени досадно и грустно бываетъ видѣть, какъ иногда врачи, показывая посѣтителямъ больницу и нѣкоторыхъ больныхъ, говорятъ безъ всякаго стѣсненія о слабоуміи, прогрессивномъ параличѣ при самихъ больныхъ. Всѣ эти разговоры, также какъ разговоры о больныхъ со студентами при обходѣ въ клиникѣ нужно вести съ большимъ тактомъ и осторожностью.

Возможна ли иногда строгость съ больными? Карательныхъ мѣръ я рѣшительно не допускаю. Иной разъ нѣкоторыя мѣры, какъ, напр. переводъ больного изъ одного отдѣленія въ другое могутъ быть приняты больнымъ, какъ наказаніе. Этого во всякомъ случаѣ нужно избѣгать: нужно стараться, чтобы и это не казалось карательною мѣрою, а являлось бы естественнымъ слѣдствіемъ состоянія больного и дѣлалось бы въ интересахъ его пользы и успокоенія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно, конечно, придать своему тону нѣсколько болѣе серьезный тонъ, выразить огорченіе и недовольство поступкомъ больного, но карательныя мѣры, практикуемыя нѣкоторыми психіатрами, особенно такія безсмысленныя, какъ оставленіе безъ обѣда,—я не могу считать допустимыми.

4. **Надзоръ**. Я уже говорилъ на стр. 464 о его значеніи, говорилъ, что онъ во многихъ случаяхъ долженъ быть самый бдительный, въ другихъ случаяхъ онъ можетъ быть сравнительно мало нуженъ. Въ большинствѣ случаевъ нужно стараться, чтобы онъ не былъ назойливъ, былъ до извѣстной степени замаскированъ. Приучить прислугу внимательно надзирать и въ тоже время не раздражать этимъ больныхъ въ высшей степени важное дѣло...

5. **Вліяніе больныхъ другъ на друга**. О немъ уже было сказано. Больные несомнѣнно вліяютъ другъ на друга; вліяніе это сводится на дѣйствіе примѣра, на своеобразное внушающее взаимодѣйствіе сожителей другъ на друга, а также на возбуждающее дѣйствіе одного человѣка на другого. Вліяніемъ больныхъ другъ на друга мы можемъ пользоваться для лѣченія; особенно хорошо дѣйствуютъ поправляющіеся больные, помогающіе другимъ больнымъ распутываться въ бредовыхъ идеяхъ и поддерживающіе авторитетъ врача; бываютъ случаи, что больной, не слушающій врача, уговаривающаго его съѣсть что-либо, съѣстъ, когда ему скажетъ другой больной или подастъ свое кушанье. Точно также взаимнымъ вліяніемъ больныхъ другъ на друга держится система рабочаго режима, постельнаго содержанія и даже система открытыхъ дверей.

Само собою разумѣется, что не всѣ больные благотворно вліяютъ другъ на друга; нѣкоторые рѣшительно не уживаются между собою, или, наоборотъ, такъ тяготѣютъ другъ къ другу, что это становится даже вредно; иногда больные перенимаютъ другъ у друга бредъ, подражаютъ въ отказѣ отъ пищи, въ сопротивленіи врачу, въ разныхъ шалостяхъ. Тогда нужно отдѣлить ихъ другъ отъ друга. Съ этой цѣлью происходитъ перемѣщеніе больныхъ одной палаты въ другую, или изъ одного отдѣленія въ другое, или помѣщеніе больного въ

отдѣльную комнату, изоляція. Всякій такой переводъ долженъ производиться самимъ врачемъ, который старается, чтобы переходъ былъ обставленъ какъ можно мягче. Во многихъ больницахъ больные мужчины не встрѣчаются вовсе съ больными женщинами, или встрѣчаются лишь въ исключительные дни (во время спектаклей, концертовъ, богослуженія). Я ничего не имѣю противъ того, чтобы больные обоихъ половъ встрѣчались гораздо чаще; въ Московской клиникѣ и женщины и мужчины вмѣстѣ работаютъ, вмѣстѣ играютъ въ саду, по вечерамъ сходятся въ залъ для бесѣдъ, развлеченій. Это очень оживляетъ и даетъ жизни характеръ большей семейности. Нужно только, чтобы при этомъ всегда были внимательные надзиратель и надзирательница; при признакахъ полового влеченія нужно тактично предупреждать могущія быть непріятныя проявленія.

6. **Свиданіе съ родственниками, переписка**. Въ очень многихъ случаяхъ, особенно въ первое время острой болѣзни, свиданія съ родственниками не допускаются вовсе; свиданія раздражаютъ больныхъ, утомляютъ и выводятъ изъ того состоянія разумнаго однообразія, въ которое больные поставлены, и въ которомъ болѣзнь течетъ наиболѣе правильно. Само собою разумѣется, что въ этомъ отношеніи больные должны быть строго индивидуализированы, точно также, какъ и родственники. Нѣкоторымъ больнымъ нельзя позволить свиданія до полнаго выздоровленія, потому что если позволить его раньше, то родственники, услышавъ отъ больного жалобу или просьбу взять,—часто не слушаютъ врачей и берутъ больного, не дожидаясь выздоровленія, и тѣмъ вредятъ дѣлу. Въ другихъ случаяхъ наоборотъ полезно дать больному свиданіе, благодаря которому онъ начнетъ распутываться въ своихъ ложныхъ представленіяхъ. При разрѣшеніи свиданій слѣдуетъ предупреждать родственниковъ о томъ, что можно говорить больному и чего нельзя.

Я долженъ сказать, что я вообще строже отношусь къ свиданію больныхъ съ родными, чѣмъ многіе другіе психіатры: нѣкоторые, какъ Marandon de Montuel, увѣряютъ, что никакого вреда отъ свиданій не бываетъ и позволяютъ больнымъ видѣться съ родными во всякое время.

Переписка съ родными можетъ быть дозволена и раньше разрѣшенія свиданій. Письма родственниковъ однако должны быть контролируемы, чтобы не было сообщено какихъ нибудь извѣстій, дѣйствующихъ вредно; письма больныхъ тоже должны читаться врачемъ, съ одной стороны, чтобы лучше узнать содержаніе душевной жизни больного, а съ другой и для того, чтобы сдѣлать родственникамъ ту или другую приписку во избѣжаніе могущихъ быть недоразумѣній. Точно также врачъ долженъ контролировать все, что приносится больному.

7. **Занятія больныхъ**. Мы уже говорили, что цѣлесообразныя занятія играютъ существенную роль въ лѣченіи душевныхъ болѣзней. Каковы должны быть эти занятія, это зависитъ отъ особенностей случая. Въ началѣ острой болѣзни обыкновенно никакія занятія невозможны; лишь поминовании бурныхъ симптомовъ является возможность давать коекакія занятія—частью физическія, частью умственныя; въ началѣ позволяются лишь такія занятія, какъ разсматриваніе иллюстрированныхъ журналовъ, вязаніе деревянными шпильками, или разгребаніе снѣгу и листьевъ въ саду, затѣмъ постепенно кругъ занятій расширяется: позволяется чтеніе, при чемъ выборъ книгъ и журналовъ должны производиться врачами: въ благоустроенныхъ больницахъ врачи просматриваютъ всѣ новые номера газетъ и журналовъ и все, что можетъ дѣйствовать на больныхъ, не пропускается въ отдѣленіе. Выборъ занятій для больныхъ также лежитъ на обязанности врача: инымъ возможны лишь домашнія занятія съ не опасными орудіями, подъ наблюденіемъ надзирателей, рисованіе, переписка, раскрашиваніе майоликовыхъ издѣлій, рукодѣлія, приготовленіе искусственныхъ цвѣтовъ, уходъ за растеніями, занятія нѣкоторыми частями переплетнаго дѣла, выпиливаніемъ и пр.). Другимъ возможны занятія и съ такими орудіями, какъ косы, серпы, топоры, также занятія въ прачешной, въ разнаго рода мастерскихъ. Серьезныя умственныя занятія могутъ также быть позволены выздоравливающимъ и нѣкоторымъ хроническимъ больнымъ. Весьма полезнымъ занятіемъ является обученіе грамотѣ прислуги, а иногда и дѣтей.

Правильная организація занятій есть не роскошь, а необходимость. Нужно помнить, что у нѣкоторыхъ больныхъ потребность къ труду составляетъ такой же инстинктъ какъ потребность къ ѣдѣ. Иногда самый неуживчивый больной оказывается чрезвычайно удобнымъ, когда его время занято работой. Работа, какъ и все, должна быть индивидуализирована.

8. **Развлеченія и увеселенія** имѣютъ также важное значеніе въ лѣченіи душевныхъ болѣзней, но не въ самомъ началѣ и не во время бурныхъ приступовъ. Назначаемыя развлеченія бываютъ очень разнообразны: игры въ шашки, карты являются обыкновенно первыми развлеченіями, затѣмъ идетъ чтеніе вслухъ; больные, которымъ возможно, сходятся вмѣстѣ, занимаются музыкой, хоровымъ пѣніемъ, танцами, играми; катанье на конькахъ тоже доставляетъ больнымъ полезное удовольствіе, также какъ и прогулки компаніями. Въ больницахъ для душевно-больныхъ устраиваются вечеринки, чтенія съ волшебными фо-

нарями, концерты и спектакли, которые доставляютъ особенное удовольствіе, когда больные сами принимаютъ участіе.

Что касается музыки, то какъ способъ развлеченія это безспорно довольно хорошее средство. Въ печати нерѣдко является указаніе на особенное лѣчебное значеніе музыки. Дѣйствительно музыка вліяетъ благопріятно на настроеніе, а такъ какъ разстройство настроенія составляетъ важный элементъ душевныхъ болѣзней, то и полезное вліяніе музыки весьма возможно. Однако хорошихъ наблюденій въ этомъ отношеніи мы не имѣемъ.

9. **Свободный выходъ** больныхъ является однимъ изъ благопріятно дѣйствующихъ условій при лѣченіи по системѣ открытыхъ дверей. Конечно для разрѣшенія свободнаго выхода нужна строгая индивидуализація или увѣренность, что въ заведеніи создался уже путемъ взаимнаго вліянія и господствующаго внушенія тотъ духъ, при которомъ побѣги и выходъ больныхъ изъ границъ, имъ дозволенныхъ, являются сами по себѣ или невозможными, или мало вѣроятными. Присутствіе на богослуженіяхъ въ больницѣ или внѣ больницы тоже должно быть разрѣшаемо врачемъ, смотря по характеру болѣзни и больного.

10. **Собственно психическое воздѣйствіе врача** на больного сводится на вліяніе его путемъ примѣра, на вліяніе внушающаго дѣйствія, правильнаго обращенія и цѣлесообразныхъ бесѣдъ. Цѣлью психическаго воздѣйствія должно являться улучшеніе настроенія, подавленія ложныхъ представленій и укрѣпленіе воли больного и направленіе его дѣйствіи.

Въ большинствѣ случаевъ прямыя разубѣжденія мало дѣйствуютъ на больного; это особенно видно, когда желаютъ путемъ разубѣжденія уничтожить бредовыя идеи. Оказывается, что настойчивыя разувѣренія, споры объ идеяхъ бреда почти никогда не приносятъ пользы больному, а только раздражаютъ его. Нѣкоторыя хитрости, придумываемыя для устраненія бреда, обыкновенно не достигаютъ цѣли; особенно дурно, если при этомъ дѣлается что-либо, что заставляетъ больного убѣждаться въ вѣрности бреда. Это видно изъ такого примѣра: чтобы освободить одного больного отъ ложной идеи, что у него существуютъ въ животѣ лягушки, въ испражненія больного бросили нѣсколько этихъ животныхъ. Больной обрадовался и сказалъ врачамъ: „вы видите я правъ, нужно теперь удалить тѣхъ, которыя еще остались“. Одной женщинѣ, воображавшей, что у нея въ животѣ змѣя, знаменитый хирургъ Вельпо сдѣлалъ небольшой разрѣзъ на животѣ и, бросивъ въ тазъ змѣю,—показалъ съ торжествомъ больной. Та осмотрѣла змѣю и воскликнула; „Несчастіе, это самка,—въ животѣ остались дѣтеныши“. Вообще борьба съ

формой бреда безъ лѣченія того, что служитъ его основою, не имѣетъ большого значенія. Нужно помнить, что содержаніе бреда есть большею частью явленіе второстепенное, и нужно стремиться не столько къ удаленію его внѣшняго проявленія, сколько къ удаленію того состоянія, которое обусловливаетъ бредъ. Самое правильное отношеніе къ бреду больного такое: или совсѣмъ не говорить о немъ, или тамъ, гдѣ больной отъ возраженій не раздражается, высказывать, что считаете этотъ бредъ за болѣзненное явленіе, но не спорить съ больнымъ, а заботиться объ отвлеченіи его вниманія на другіе предметы.

Улучшеніе настроенія больного также должно составлять цѣль врачебнаго психическаго воздѣйствія. Всякій психіатръ знаетъ, что при пріятномъ настроеніи легче обходиться съ больнымъ, легче управлять теченіемъ его мыслей и поступками, легче даже бороться съ бредомъ. Поэтому забота о томъ, чтобы добиваться у больного возможнаго для него хорошаго настроенія, есть обязанность врачей и надзирателей. Для этого конечно не могутъ быть полезны прямые уговоры не печалиться, не огорчаться, безъ ободряющаго сочувственнаго отношенія медицинскаго персонала; принадлежащія къ нему лица должны для этого быть готовы жертвовать и своимъ временемъ, и нѣкоторыми личными удобствами. Успѣхъ дѣла, впрочемъ, всегда вознаграждаетъ эти жертвы. Часто сдѣланная въ мелочахъ поблажка больному, уступка желаніямъ даетъ впослѣдствіи возможность достигнуть гораздо болѣе крупныхъ уступокъ съ его стороны. Конечно, тактъ врача покажетъ ему, гдѣ граница между средствами для улучшенія настроенія больныхъ и распущенностью.

Въ отношеніи улучшенія настроенія, чрезвычайно большое значеніе имѣетъ доброе отношеніе къ больнымъ, предупредительная забота о разныхъ мелочахъ ихъ жизни, объ интимныхъ потребностяхъ ихъ, маленькіе подарки къ именинамъ. Нужно смотрѣть на это, не какъ на роскошь, а какъ на необходимость, безъ которой лѣчебница будетъ имѣть гораздо меньше терапевтическаго вліянія.

Большую роль въ этомъ отношеніи имѣетъ также организація правильныхъ занятій и развлеченій подъ руководствомъ врачей и надзирателей.

Вліяніе на волю и поступки больныхъ должно быть также тактично: прямыя приказанія часто раздражаютъ больного; терпѣливое выжиданіе и пользованіе подходящей минутой, сопровождаемое несомнѣнными признаками заботы о больномъ, поощреніе больного къ занятіямъ, къ сдержанности путемъ похвалы, или участія въ его дѣлѣ имѣютъ гораздо большее значеніе; съ нѣкоторыми больными, какъ, напр.,

съ страдающими навязчивыми стремленіями нужно очень методическое и систематическое упражненіе воли.

11. **Гипнотизмъ и гипнотическое внушеніе** имѣетъ въ душевныхъ болѣзняхъ еще сравнительно небольшое приложеніе Онъ оказывается иногда полезнымъ въ случаяхъ навязчивыхъ идей, при болѣзненной наклонности къ употребленію спиртныхъ напитковъ, при морфинизмѣ и въ нѣкоторыхъ формахъ меланхоліи (во второй половинѣ болѣзни). Мнѣ приходилось видѣть случаи, гдѣ во второй половинѣ болѣзни, выражавшейся въ меланхолическомъ состояніи и рѣзкихъ бредовыхъ идеяхъ, наступало чрезвычайно быстрое исчезновеніе и бредовыхъ идей, и тоски, послѣ примѣненія гипнотическаго лѣченія. Иногда оно оказывалось полезнымъ при навязчивыхъ идеяхъ и половыхъ извращеніяхъ и дурныхъ привычкахъ. Нужно добавить однако, что не слѣдуетъ примѣнять гипнотизмъ у больныхъ, у которыхъ на успѣхъ его можно мало разсчитывать, а между тѣмъ существуетъ опасность, что подъ вліяніемъ гипноза разовьется бредовое отношеніе къ врачу.

Физическое лѣченіе.

Что касается физическаго лѣченія, то какъ я говорилъ уже, оно прежде всего сводится къ лѣченію той физической болѣзни, которая лежитъ въ основѣ психической, къ лѣченію, напр., болѣзней желудка, половыхъ органовъ, уха, носа, къ лѣченію сифилиса, малокровія, нейрастеніи и пр. При этомъ нужно помнить, что такъ какъ психическія болѣзни въ большинствѣ случаевъ развиваются на почвѣ истощенія и малокровія, то слѣдуетъ заботиться объ укрѣпленіи организма. Прежде, какъ было сказано, былъ въ ходу такъ называемый ослабляющій методъ лѣченія душевныхъ болѣзней. Въ настоящее время онъ всѣми оставленъ; кровопусканія и безпрерывныя слабительныя всѣми брошены, а врачи, наоборотъ, заботятся о томъ, чтобы больные больше ѣли, по возможности укрѣплялись.

Къ мѣрамъ физическаго лѣченія относятся:

a. **Гигіеническія мѣры**, которыя примѣняются при правильной постановкѣ дѣла лѣченія.

1. Помѣщеніе должно быть достаточно просторно и хорошо вентилировано. Особенно просторны должны быть помѣщенія для больныхъ безпокойныхъ и слабыхъ и наклонныхъ къ нечистоплотности Чистота въ комнатахъ должна соблюдаться самымъ педантичнымъ образомъ, такъ какъ иначе благодаря могущей быть нечистоплотности больныхъ, помѣщеніе скоро становится смраднымъ; особенно это замѣчается въ

изоляторахъ. Поэтому въ заведеніяхъ для душевно больныхъ хорошее устройство пола, при которомъ чистоту удобнѣе содержать, весьма важно. Нужно чтобы помѣщенія были свѣтлы; при этомъ однако нужно обращать вниманіе, чтобы на больныхъ падалъ разсѣянный свѣтъ: при неподвижности нѣкоторыхъ больныхъ, падающіе на голову прямые солнечные лучи могутъ быть очень тягостны. Въ интересахъ надзора ночью помѣщенія острыхъ и опасныхъ больныхъ должны освѣщаться, но свѣтомъ не яркимъ. Впрочемъ нѣкоторые больные, особенно галлюцинанты, иногда чувствуютъ себя покойнѣе при яркомъ ночномъ свѣтѣ. Температура помѣщенія должна быть особенно теплая въ нѣкоторыхъ комнатахъ, въ которыхъ находятся больные, сбрасывающіе съ себя одежду. Изъ комнаты, гдѣ находятся больные должны быть унесены всѣ вещи, могущія быть опасными (ножи, ножницы, бритвы, ядовитыя вещества, иногда веревка). Меблировка не должна отличаться суровостью. Лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при сильномъ возбужденіи, нужно выносить всю лишнюю мебель. Въ такихъ случаяхъ иногда приходится защищать стекла окна рамой съ металлической сѣткой. Многимъ больнымъ нужно предписывать находиться возможно болѣе на чистомъ воздухѣ.

Въ совѣщаніи, происходившемъ при участіи психіатровъ по поводу устройства лѣчебницы для душевно-больныхъ Московскаго Губернскаго Земства, были приняты между прочимъ слѣдующія положенія, касающіяся помѣщеній для больныхъ.

По отношенію къ кубическому содержанію воздуха, въ помѣщеніяхъ для спокойныхъ больныхъ признано желательнымъ въ общей сложности 3,5 куб. сажени на одного больного какъ въ спальняхъ, такъ и въ дневныхъ пребываніяхъ, при условіяхъ хорошо устроенной вентиляціи (искусственный притокъ воздуха); для безпокойныхъ опрятныхъ по 4 куб. саж. на одного больного въ общихъ помѣщеніяхъ и по 4,5 куб. с. въ изоляторахъ, для неопрятныхъ по 5 куб. саж. въ общихъ помѣщеніяхъ (ночныхъ и дневныхъ вмѣстѣ, не считая изоляторовъ), по 5 куб. саж. въ изоляторахъ, для буйныхъ по 5 куб. с. въ изоляторахъ, по 4 куб. саж. въ дневномъ пребываніи и спальняхъ.

Отопленіе должно быть такое, чтобы топка была внѣ помѣщеніи для больныхъ; нагрѣвательныя поверхности (но не сильно нагрѣваемыя) могутъ быть въ покойныхъ отдѣленіяхъ, въ другихъ онѣ должны быть недоступны для больныхъ. Для вентиляціи желательно устройство искусственнаго притока воздуха, особенно въ отдѣленіяхъ для безпокойныхъ больныхъ. Для освѣщенія принято за норму отношеніе площади оконъ, къ площади помѣщенія какъ 1:8.

2. Питаніе больныхъ должно быть обильное. Давно замѣчено, что при безпокойныхъ формахъ больные, которымъ даютъ мало пищи, становятся раздражительнѣе. Во многихъ случаяхъ душевная болѣзнь зависитъ отъ истощенія и нужно усиленно питать больныхъ. Пища можетъ быть самая разнообразная, причемъ обращается вниманіе на то,

что больной охотнѣе ѣстъ. Желательно, чтобы къ чисто питательнымъ веществамъ прибавлялись въ порядочномъ количествѣ и вкусовыя вещества. Пища должна подаваться теплою и вполнѣ аккуратно; правильнѣе чтобы больные, не содержащіеся въ постели, ѣли за общимъ столомъ; правильно также, чтобы врачь, надзиратель и надзирательница принимали пищу вмѣстѣ съ больными. Изъ пищевыхъ веществъ особенно полезнымъ является молоко. Острымъ больнымъ нужно давать довольно большое количество молока—въ раздѣльныхъ порціяхъ Особенно истощеннымъ больнымъ даютъ кумысъ и кефиръ.

Фрукты и зелень также въ большинствѣ случаевъ полезны.

Для питья, кромѣ молока, — хорошая вода и квасъ. Ухаживающіе должны сами подавать нѣкоторымъ больнымъ пить, такъ какъ жажда иной разъ бываетъ очень большая, а больной самъ не заявляетъ. Вино, а также пиво, какъ напитокъ, рѣшительно воспрещается; оно можетъ назначаться только въ качествѣ лѣкарства; чай и кофе можно употреблять въ не чрезмѣрномъ количествѣ. Тутъ же нужно сказать объ употребленіи табака. Чрезмѣрное куреніе чрезвычайно вредно. Въ нѣкоторыхъ отдѣленіяхъ должно быть, по моему мнѣнію, совершенно выведено куреніе; въ другихъ, гдѣ находятся сознательные и спокойные больные, размѣры куренія должны быть опредѣлены для каждаго больного.

Въ совѣщаніи по поводу устройства психіатрической лѣчебницы Московскаго Земства [1]) проф. Ѳ. Ѳ. Эрисманъ указалъ слѣдующія нормы пищеваго довольства:

	Для неработающихъ мужчинъ	Для работающихъ мужчинъ.
бѣлковъ	100 grm.	130 grm.
жировъ	50 grm.	75 grm
углеводовъ	450 grm.	450—500 grm.

Неработающіе получатъ 2550 калорій (2300 minimum),
а работающіе „ 3125 „ (3000 minimum)

Для неработающихъ женщинъ:

бѣлковъ	90 grm.
жировъ	40 grm.
углеводовъ	400 grm.

Неработающія женщины получатъ 2410 калорій

[1]) Матеріалы и основанія для составленія проэкта устройства Психіатрической Больницы Московскаго Губернскаго Земства, Москва, 1894: Протоколы засѣданій, стр 49.

Для работающихъ женщинъ нужно немного прибавить, конечно, прибавляетъ проф. Эрисманъ, нужно индивидуализировать пищевое довольство.—Я прибавлю къ этому, что специальныхъ изслѣдованій, которыя бы устанавливали вполнѣ опредѣленно пищевой режимъ душевно-больныхъ,—почти не существуетъ.

Говоря о питаніи больныхъ, слѣдуетъ упомянуть о необходимости слѣдить за правильностью кишечника; многіе душевно-больные страдаютъ запорами, частью вслѣдствіе сопутствующихъ страданій кишечника, частью вслѣдствіе отсутствія правильной реакціи. Нужно заботиться объ ежедневномъ стулѣ, причемъ желательно преимущественно гигиеническія мѣры—напоминаніе, методическое пріученіе къ ежедневному опорожненію; если это не помогаетъ, нужно разминать животъ, давать утромъ пить прохладную воду, ставить клизмы, простыя или съ масломъ, дѣлать кишечныя вливанія въ 1 литръ изъ тепловатой воды, маленькія глицериновыя инъекціи въ прямую кишку, глицериновыя свѣчи. Къ слабительнымъ нужно прибѣгать лишь при необходимости и предпочитать такія, какъ: cascara sagrada. pulvis liquuritiae compos. горькія минер. воды (Huniady Janos), ревень и лишь въ случаѣ продолжительнаго запора — тамариндовыя конфекты и болѣе сильныя слабительныя.

3. Одежда больныхъ должна удовлетворять требованіемъ гигіены и соотвѣтствовать до извѣстной степени привычкамъ. Бѣлье всегда должно быть чисто. Лежащіе больные должны имѣть на себѣ только бѣлье и одѣяло. При дозволенномъ вставаніи нужно надѣвать или халаты, или обычныя платья. Платье больныхъ должно быть свободно, находиться въ порядкѣ, не разорвано; оно не должно отличаться какими нибудь бросающимися въ глаза особенностями или придуманными самими больными (вродѣ орденовъ, эполетъ и пр.) украшеніями; нѣкоторымъ больнымъ, наклоннымъ рвать бѣлье, его дѣлаютъ изъ плотной, такъ называемой не рвущейся матеріи. Снятое больными на ночь платье не должно оставаться при нихъ, а должно выноситься провѣтриваться и чиститься.

4. Движеніе и лежаніе въ постели должны соотвѣтствовать состоянію болѣзни и принятому плану лѣченія. Острыхъ больныхъ и находящихся въ состояніи возбужденія лучше содержать въ постели, причемъ дозировка постельнаго содержанія должна быть строго индивидуализирована; есть больные, которые не выносятъ лежанія; и для того, чтобы они лежали приходится удерживать силою, а удерживаніе вызываетъ сильное безпокойство: отъ давленія руками прислуги

появляются синяки, отъ тренія по постели—царапины и глубокія ссадины, иногда вызывающія флегмоны. Въ такихъ случаяхъ нужно быть очень осторожнымъ съ постельнымъ содержаніемъ; иногда приходится совершенно отказываться отъ него (напр., у нѣкоторыхъ ажитированныхъ меланхоликовъ и безпокойныхъ больныхъ, подъ вліяніемъ галлюцинаціи или бреда относящихся враждебно и агрессивно къ прислугѣ), иногда приходится сокращать время лежанія, допускать нѣкоторыя отступленія; иногда-же, напр., при остромъ бредѣ, приходится нѣкоторое время удерживать больныхъ силою, причемъ удерживаніе должно производиться черезъ мягкія накладки; никогда не нужно придавливать грудь, — иначе могутъ произойти переломы реберъ и грудной кости. Служители не должны сидѣть на постели больного, а на стульяхъ около кровати.

Затѣмъ постоянное постельное содержаніе неудобно для больныхъ, наклонныхъ къ онанированію, а также у паралитиковъ, у которыхъ можно ожидать появленія пролежней. Само собою разумѣется, что неподвижныхъ больныхъ нужно перекладывать изъ одного положенія въ другое. Если позволены движенія, то нужно чтобы значительная часть ихъ производилась на чистомъ воздухѣ. Прогулки для больныхъ должны быть правильно организованы; больныхъ, пользующихся постельнымъ режимомъ, тоже должно въ извѣстные часы провожать на прогулку; въ такихъ случаяхъ прогулка дѣлается часто подъ руку съ служителемъ.

Въ лѣтнее время и постели должны быть выносимы въ садъ или бесѣдку, чтобы больные могли проводить на воздухѣ цѣлый день.

Относительно нѣкоторыхъ больныхъ, преимущественно хроническихъ, нужно смотрѣть, чтобы они, наоборотъ, не залеживались; поэтому спальни тѣхъ больныхъ, которые не пользуются постельнымъ режимомъ, иногда запираются на цѣлый день.

Физическій трудъ долженъ быть соразмѣренъ съ силами больного. Слабымъ больнымъ физическій трудъ совсѣмъ не разрѣшается; какъ было сказано, организація труда, даже въ видѣ тяжелыхъ полевыхъ работъ, часто бываетъ очень полезна.

Въ больницахъ, гдѣ нѣтъ достаточнаго физическаго труда, полезно организовать занятія гимнастикой, конечно не утрированной. Для этого лучше всего опредѣлить утренніе часы.

5. Физическій режимъ больныхъ вообще долженъ быть строго установленъ и распредѣленъ по часамъ. Въ больницахъ это дѣлается само собою по установленному порядку. У больныхъ, лѣчащихся на

дому, его долженъ опредѣлить врачъ. Чѣмъ точнѣе онъ распредѣлитъ время больного—(лучше всего письменно), тѣмъ будетъ лучше. При посѣщеніяхъ онъ долженъ слѣдить за выполненіемъ предписаннаго и указывать наставленіемъ и примѣромъ, какъ достигать чтобы больной выполнялъ составленный планъ.

б) **Терапевтическія средства**, употребляемыя при лѣченіи душевнобольныхъ, конечно, различны, смотря по указаніямъ, которыя существуютъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Терапевтическіе пріемы состоятъ въ употребленіи фармацевтическихъ препаратовъ, въ водолѣченіи, электротерапіи, лѣченіи массажемъ, гимнастикой и хирургическомъ лѣченіи и нѣкоторыхъ другихъ болѣе рѣдко практикуемыхъ пріемахъ.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію отдѣльныхъ терапевтическихъ способовъ я здѣсь скажу о томъ, что при назначеніи аптечныхъ лѣкарствъ нужно имѣть въ виду слѣдующее: во многихъ случаяхъ *не слѣдуетъ давать не только лѣкарствъ, но и рецептовъ въ руки самимъ больнымъ*; оставлять въ комнатѣ больныхъ сильнодѣйствующія лѣкарства не слѣдуетъ; не слѣдуетъ также прописывать ядовитыхъ средствъ приходящимъ на совѣтъ больнымъ, во избѣжаніе могущаго произойти злоупотребленія или въ крайнемъ случаѣ прописывать въ безопасномъ количествѣ. Раздачей лѣкарствъ въ лѣчебницахъ должны завѣдывать надзиратели или вполнѣ надежныя лица. Въ Московской клиникѣ отдѣльныя порціи лѣкарства распредѣляются въ маленькіе стаканчики или коробочки, съ надписью кому изъ больныхъ они назначаются, и разносятся надзирателемъ или надзирательницей. Очень многіе больные отказываются отъ лѣкарствъ; въ такихъ случаяхъ можно иногда вводить ихъ подъ кожу, или въ клизмахъ и свѣчкахъ. Прибавлять къ пищѣ и питью можно только абсолютно безвкусныя лѣкарства.

Насколько различіе въ средствахъ лѣченія зависитъ отъ формы болѣзни, объ этомъ мы будемъ говорить въ „Частной Психіатріи"; здѣсь мы скажемъ о терапевтическихъ пріемахъ, вообще употребляемыхъ при душевныхъ болѣзняхъ, причемъ начнемъ съ перечисленія средствъ, удовлетворяющихъ главнымъ показаніямъ, съ которыми чаще всего приходится имѣть дѣло.

1. Очень часто нужно при лѣченіи душевныхъ болѣзней употреблять **средства успокоивающія**. Конечно, прежде всего нужно опредѣлить, отчего зависитъ безпокойство больного; иногда оно зависитъ отъ неправильности въ обстановкѣ и въ уходѣ, отъ голоданія и др. Конечно въ такихъ случаяхъ прежде всего нужно удалить причину. Но всетаки,

какъ къ симптоматическому средству, приходится очень часто прибѣгать къ фармацевтическимъ препаратамъ.

Въ качествѣ средствъ *успокоивающихъ* употребляется чаще всего: 1) *Kalium* или *natrium bromatum* (0,5—1,0 нѣсколько разъ въ день въ водномъ растворѣ, или въ облаткахъ) или bromalinum (0,1—2,0 въ водѣ или въ облаткахъ, нѣсколько разъ въ день); эти средства показаны въ случаяхъ, гдѣ замѣтно повышеніе рефлекторной возбудимости, у особъ истеричныхъ и неврастеничныхъ и у эпилептиковъ. Однако не слѣдуетъ злоупотреблять бромидами и давать ихъ безъ нужды или когда отъ нихъ нѣтъ никакого толку. Нужно помнить, что продолжительное употребленіе бромидовъ можетъ вызвать явленія хроническаго отравленія. 2) Опій. Опій употребляется главнымъ образомъ при ажитированной тоскѣ, гдѣ онъ составляетъ очень полезное лѣчебное средство. Но иногда его употребляютъ и при маніакальномъ возбужденіи, также при запойномъ бредѣ. Опій употребляется у душевно-больныхъ въ порядочныхъ дозахъ, а именно въ количествахъ: opii pulver. 0,025—0,05 или 0,03—0,1 extr. opii aquosi въ порошкахъ съ сахаромъ или пилюляхъ, иногда въ клизмахъ съ крахмаломъ и суппозиторіяхъ съ Butyr. cacao, 2—3 раза въ день, или по 10 капель t-rae opii simpl. нѣсколько разъ въ день. При лѣченіи эпилепсіи по способу Флексига употребляются значительно бóльшія дозы опія. Для устраненія запоровъ иногда прибавляютъ къ опію extr. rhei. Вмѣсто опія употребляютъ иногда морфій внутрь (morphium aceticum или morphium hydrochloricum въ порошкахъ съ сахаромъ, въ водномъ растворѣ, суппозиторіяхъ или въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній у тѣхъ больныхъ, которые не хотятъ принимать лѣкарства внутрь или когда нужно получить быстрый эффектъ, напр.; при быстро развивающихся припадкахъ сильной тоски, особенно соединенныхъ съ болью въ межреберныхъ нервахъ. Считается, что опій имѣетъ у душевно-больныхъ хорошее вліяніе на общее питаніе и есть одно изъ тонизирующихъ средствъ. Морфій, повидимому, этого вліянія не имѣетъ. Такъ какъ отъ опія и морфія у нѣкоторыхъ больныхъ бываетъ непріятная тяжесть головы, то ихъ замѣняютъ нерѣдко кодеиномъ (codeini 0,02—0,03 въ порошкахъ, нѣсколько разъ въ день). Послѣдній нерѣдко является успокоивающимъ въ соединеніи съ бромистымъ натріемъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно при формахъ истерическихъ, менструальныхъ употребляется amygdalinum (по 0,02—0,03 на пріемъ черезъ часъ или два въ микстурѣ съ emuls. amygdal. dulcium, въ соединеніи съ морфіемъ и кодеиномъ. Въ качествѣ успокоивающихъ

средствъ употребляется также tinctura valerianae aetherea, въ видѣ капель, и tinctura castorei.

Иногда, при сильномъ возбужденіи у маніакальныхъ больныхъ, употребляется chloral-hydrat по 0,3—0,5 въ растворѣ, sulfonal и trional, въ раздѣльныхъ дозахъ, по 0,2—0,3 въ облаткахъ, нѣсколько разъ (3—6) въ день. Однако этимъ не нужно злоупотреблять.

Въ числѣ сильныхъ успокоивающихъ средствъ врачами, наклонными къ пользованію лѣкарствами во всѣхъ случаяхъ возбужденія, рекомендуется hyoscinum hydrochloricum или h. hydrobromicum (внутрь и въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній), который успокоиваетъ, а иногда купируетъ маніакальные приступы. Это средство вызываетъ, впрочемъ, непріятныя побочныя явленія, какъ расширеніе зрачковъ, разстройство аккомодаціи, сухость въ горлѣ, а при большихъ дозахъ—головокруженіе, состояніе оглушенія, галлюцинаціи, головную боль, рвоту, удушье, упадокъ силъ, неправильность дѣятельности сердца, коллапсъ. Онъ прописывается обыкновенно въ дозахъ 0,0001—0,0005, въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній (Rp. Hyoscini hydrobromici 0,002, Aq. destill. 10. M. D. S Для впрыскиванія, по $^1/_2$ шприца Праваццовскаго, вмѣстимостью въ 1 граммъ воды). Иногда онъ прописывается вмѣстѣ съ морфіемъ,* причемъ къ обозначенному раствору прибавляется 0,1 morphii muriatici, т. е. на каждое впрыскиваніе приходится 0,005 morphii mur. Вмѣсто гіосцина прописывается также болѣе чистый и одинаково дѣйствующій препаратъ scopolaminum hydrobromicum въ томъ же количествѣ. Нѣсколько слабѣе дѣйствуетъ duboisinum sulfuricum, который въ количествѣ 0,0005—0,001 въ водномъ растворѣ для подкожнаго впрыскиванія (duboisini sulfurici 0,002, Aq destil. 10.0—половину шприца за разъ) или на пріемъ per os можетъ успокоивать сильные приступы возбужденія. Къ числу успокоивающихъ средствъ относятся также: индійская конопля (cannabis indica) въ видѣ extracti cann. ind. внутрь въ количествѣ отъ 0,03—0,06 на пріемъ въ пилюляхъ и эмульсіи, или t-ra cannabis indicae внутрь по 5—10 капель на пріемъ съ водой. Сильнѣе, но скорѣе, какъ снотворныя, дѣйствуютъ cannabinum tannicum (0,25—0,5 въ порошкѣ и облаткахъ) и cannabinonum (по 0,03—0,05 въ пилюляхъ, порошкахъ и въ свѣчкахъ), extractum fluidum piscidiae erythrinae отъ 5—10 капель внутрь.

Иной разъ успокоеніе при сильномъ возбужденіи достигается наркотизаціей при помощи вдыханія хлороформа и эфира. Я никогда не употреблялъ этихъ средствъ и считаю, что для лѣченія душевнобольныхъ они не имѣютъ значенія, а могутъ считаться лишь сред-

ствами обуздывающими, къ которымъ прибѣгаютъ для водворенія спокойствія. Чѣмъ правильнѣе поставлено дѣло леченія, чѣмъ менѣе скученности, больше прислуги, болѣе вниманія со стороны надзирателей,— тѣмъ меньше въ больницѣ употребляется такихъ подавляющихъ средствъ, какъ хлороформированіе, гіосцинъ, скополаминъ и дюбоизинъ.

Въ качествѣ успокоивающихъ средствъ употребляются очень часто теплыя ванны въ 28° R. на полчаса и болѣе. Нерѣдко успокоеніе достигается только тогда, когда ванна длится *нѣсколько часовъ подрядъ*. За границей въ нѣкоторыхъ заведеніяхъ продолжительныя (часовъ 6—10) ванны устраиваются какъ шаблонное успокоивающее средство, что, конечно, не заслуживаетъ подражанія, какъ всякая шаблонная мѣра, тѣмъ болѣе, что эта мѣра требуетъ большой аккуратности Бывали случаи, что больные въ такихъ ваннахъ по недосмотру прислуги обваривались. Это особенно часто бывало во французскихъ заведеніяхъ, устроенныхъ при католическихъ монастыряхъ, гдѣ значеніе врача психіатра сводится до минимума; тамъ употребленіе продолжительныхъ ваннъ соединяется съ прикрываніемъ больныхъ запирающеюся доскою съ отверстіемъ, въ которое вставляется голова; благодаря этому больной не можетъ выскочить изъ ванны, даже если въ нее попадаетъ кипятокъ Однако пользованіе ваннами въ благоустроенныхъ заведеніяхъ при хорошемъ надзорѣ приноситъ часто значительное успокоеніе возбужденнымъ маніакальнымъ больнымъ и паралитикамъ; нужно непремѣнно слѣдить за постоянствомъ температуры воды и за ея чистотой.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сильнаго возбужденія успокоивающее вліяніе оказываютъ кратковременныя (на 5—10 минутъ) прохладныя ванны отъ 15—20° R. Иногда хорошею успокоивающею мѣрою при сильномъ возбужденіи служитъ завертываніе въ мокрую простыню и затѣмъ въ нѣсколько теплыхъ одѣялъ (Присницевское завертываніе). Больной остается въ такомъ положеніи 1—2 часа, причемъ на голову кладется смѣняющійся холодный компрессъ.

Рядомъ съ успокоивающими средствами стоятъ **снотворныя**

Собственно говоря, какъ лѣчебныя средства, снотворныя не должны часто употребляться, потому что, какъ показываетъ опытъ, на теченіе болѣзни искусственно вызываемый сонъ не оказываетъ въ большинствѣ случаевъ значительнаго вліянія; только въ нѣкоторыхъ болѣзняхъ, какъ въ бѣлой горячкѣ, хорошая доза снотворнаго лѣкарства оказываетъ рѣшительное благопріятное вліяніе; въ другихъ же случаяхъ часто послѣ сна, вызваннаго наркотическими средствами, больные чувствуютъ себя даже хуже Затѣмъ при очень продолжительной безсонницѣ полезно дать одинъ или два раза снотворное. Въ началѣ

болѣзни, въ продромальномъ періодѣ, снотворныя также имѣютъ лѣчебное значеніе. Но какъ симптоматическое средство, особенно при домашнемъ лѣченіи, когда желательно, чтобы больной менѣе безпокоилъ окружающихъ, и въ переполненныхъ больницахъ снотворныя даются довольно часто и при длительныхъ психозахъ. Изъ снотворныхъ наиболѣе вѣрное дѣйствіе оказываютъ: chloral-hydrat. (2,0—3,0 въ растворѣ на пріемъ; онъ противопоказанъ при перерожденіи сердечной мышцы и рѣзкомъ атероматозномъ процессѣ); часто хлораль-гидратъ дѣйствуетъ гораздо успѣшнѣе въ соединеніи съ 0,01 morphii acetici; (прописывается такъ: Rp: chloral-hydrati 2,0; aq destill. 20,0; succi liquirit. 5,0; M. D. S. на одинъ пріемъ; или: Rp: chloral-hydrati 5,0; mucilag. gummi arabic. 125,0; sirup. rubi idaei 25,0; M. D. S. по 1—4 столов. ложки; съ морфіемъ—Rp: chloral-hydrati 2,0; morphii hydrochlorici 0,01; aq. destill 20,0; succi liquir. 5,0. M. D. S. на одинъ пріемъ). Иногда хлоралъ приходится вводить и въ клистирахъ. Вмѣсто хлоралъгидрата дается chloralamydum или chloralum formamidatum (2,0—3,0 на пріемъ въ облаткахъ или въ водномъ растворѣ 1:50 съ сиропомъ); хорошій эффектъ получается также отъ употребленія paraldehyd'a (2,0—6,0 на пріемъ въ содовой водѣ, въ молокѣ; передъ пріемомъ взбалтывать); но это средство обладаетъ слишкомъ дурнымъ запахомъ, такъ что многіе больные не могутъ принимать его. Какъ безопасное снотворное рекомендуется особенно urethanum (3,0—5,0 cum aqua menthae), но оно мало дѣйствительно. Одно изъ наиболѣе удобныхъ для пріема снотворныхъ составляетъ sulfonal, который можно давать и въ облаткахъ, и смѣшивать съ вареньемъ, и вводить въ организмъ въ такомъ видѣ незамѣтно для больного; нужно только заботиться, чтобы больной послѣ пріема выпилъ стаканъ или два жидкости (воды, чаю), такъ какъ сульфоналъ плохо растворяется. Сульфоналъ особенно пригоденъ при легкой безсонницѣ у неврастеническихъ больныхъ, гдѣ дѣйствуетъ иногда въ дозахъ 1,0; болѣе вѣрное снотворное дѣйствіе оказываетъ доза въ 2,0. При долгомъ употребленіи онъ вызываетъ шаткость походки, чувство сонливости, разстройство рѣчи. Привыкаютъ къ нему также, какъ къ другимъ наркотическимъ. Если сульфоналъ дается съ малымъ количествомъ воды, то дѣйствіе его развивается часто лишь на другой день, вызывая дневную сонливость, апатію. Почти также дѣйствуетъ trional, который дается также въ дозахъ 0,5—1,0 на пріемъ въ порошкѣ и облаткѣ или въ видѣ особенныхъ лепешекъ, быстро растворяющихся въ водѣ. Также дѣйствуетъ и tetronal.

Въ послѣдніе годы явилось еще много новыхъ снотворныхъ. Изъ нихъ можно отмѣтить: 1) Amylenum hydratum жидкость непріятнаго вкуса, дается

въ количествѣ 1,0—3,0 въ водѣ съ сиропомъ (Rp. Amyleni hydrati 5,0; Aq destill. 50,0, Sirup. cort Aurant 30,0: M. S. $^1/_4$—$^1/_2$ на пріемъ; предъ употребленіемъ взбалтывать); это средство раздражаетъ желудокъ и имѣетъ непріятный вкусъ; 2) somnal, содержащій хлораль, уретанъ и этиловый алкоголь, горькая жидкость, растворимая въ 5 частяхъ воды; дается въ количествѣ 2,0 - 4,0 на пріемъ; можетъ дурно дѣйствовать на желудокъ; 3) uralium (хлораль-уретанъ), порошекъ, даваемый въ дозахъ 2,0—3,0 на пріемъ 4) Chloralosa — соединеніе глюкозы и хлорала, кристаллическое вещество, растворимое въ горячей водѣ, дается въ дозѣ 0,05 – 0,2 на пріемъ, всего лучше въ капсюляхъ; по нѣкоторымъ наблюденіямъ можетъ вызывать спутанность, а въ продромальномъ періодѣ прогрессивнаго паралича даже обусловливать преждевременное, хотя и преходящее проявленіе паралитичныхъ симптомовъ и быть до извѣстной степени діагностическимъ средствомъ 5) hypnal (хлораль-антипиринъ) дается въ дозахъ 1,0 2,0 (Rp: Hypnali 10,0: Aq destill 100,0 M S. по столовой ложкѣ на пріемъ) 6) hypnon (aceto-phenol) жидкость непріятнаго вкуса, даваемая въ количествѣ 0,05—0,1, что равно 2—4 каплямъ: въ желатиновыхъ капсюляхъ или эмульзіи (Rp hypnoni 1,0; olei amygdal 10,0: gummi arabici 10,0: sirup cort aurant 60,0· aq destill 120,0; M f emulsio S $^1/_4$—$^1/_2$ на пріемъ) 7) methylal безцвѣтная жидкость, растворяющаяся въ водѣ и спиртѣ; дается въ дозахъ 1,0—4,0; имѣетъ то преимущество, что можетъ вводиться подъ кожу (Rp. Methylali 1,0; Aq destil. 9,0, M. S 1—3 правацевскихъ шприца въ теченіе 24-хъ часовъ; per os—Methylali 8,0, Aq destil. 110,0 Sirup rub idaei 40,0; M. S. по столовой ложкѣ на пріемъ): 8) pellotinum muriaticum дается въ дозахъ отъ 0,02 — 0,05 на пріемъ въ порошкахъ или водномъ растворѣ (въ водѣ хорошо растворяется): можетъ быть впрыскиваемъ подъ кожу 9) Catharninum hydrochloricum горькій порошекъ, растворимый въ водѣ, дается въ дозахъ 0,05 на пріемъ въ желатиновыхъ капсюляхъ, слабое снотворное и кровоостанавливающее; 10) такое же дѣйствіе имѣетъ салицилатъ трибромфенола, бѣлый порошекъ, нерастворимый въ водѣ и растворимый въ уксусной кислотѣ; дается по 2,0—3,0 въ облаткахъ, дѣйствуетъ только спустя нѣсколько часовъ послѣ пріема 11) Peronin дается въ водномъ растворѣ въ дозахъ отъ 0,02—0,04. Это средство есть продуктъ обработки морфія (солянокислое соединеніе бензилъ-морфина) и стоитъ по дѣйствію въ срединѣ между морфіемъ и кодеиномъ. Само собою разумѣется, что снотворное дѣйствіе могутъ оказывать и препараты опія, о которыхъ мы говорили, а также препараты индійской конопли Часто прибавленіе морфія или кодеина къ хлоралъ-гидрату и тріоналу усиливаетъ ихъ дѣйствіе.

Между препаратами опія нужно отмѣтить еще narcotinum, который можетъ по своему названію ввести въ ошибку; въ сущности этотъ нерастворимый въ водѣ порошокъ имѣетъ лишь очень сомнительное снотворное дѣйствіе.

При слабой безсонницѣ помогаютъ иногда бромистые препараты, также ergotinum Bonjeani, настой валерьяноваго корня. Во многихъ случаяхъ удается дать сонъ охлажденіемъ головы при помощи пузыря со льдомъ на голову (черезъ салфетку), или согрѣвающихъ компрессовъ на икры и на животъ

Иногда на сонъ хорошо дѣйствуютъ теплыя ванны, у нѣкоторыхъ больныхъ прохладныя обтиранія передъ сномъ, пребываніе на воз-

духѣ; иногда хорошо дѣйствуетъ стаканъ пива, выпитый на ночь, или стаканъ или два теплаго молока. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ снотворный эффектъ оказываетъ продольная гальванизація черезъ голову (непродолжительная, сила тока 1 миллиамперъ), иногда фарадизація головы при помощи руки.

3. При рѣзко выраженной гиперемии лица и головы, а также при формахъ, соединенныхъ съ очень сильнымъ возбужденіемъ, употребляются средства, **уменьшающія приливъ крови къ головному мозгу и регулирующія кровообращеніе.** Изъ нихъ на первомъ планѣ стоитъ приложеніе холодныхъ компрессовъ на голову, мѣшка со льдомъ, согрѣваніе ногъ теплыми завертываніями, грѣлками, употребленіе горчичниковъ и растиранія ногъ спиртами, слабительныя per os и клистиры простые и глицериновые. Затѣмъ въ рѣдкихъ случаяхъ употребляются піявки за уши, или къ перегородкѣ носа, или ad anum. Изъ фармацевтическихъ средствъ употребляются съ этою цѣлью—secale cornutum (pulv. recen. parat.) по 0,2 три или четыре раза въ день, или extractum secal. cornut. 0,2—до 8 разъ въ день, или ergotinum Bonjeani отъ 0,1—до 0,2—внутрь въ растворѣ съ водой или пилюляхъ, или подъ кожу 2—3 раза въ день, zincum aceticum (0,01—0,02 въ порошкахъ съ сахаромъ нѣсколько разъ въ день). Анемирующимъ образомъ дѣйствуютъ на голову также Присницевскія завертыванія всего тѣла, соединенныя съ холоднымъ компрессомъ на голову.

Иногда хорошее анемирующее вліяніе оказываетъ употребленіе ножныхъ прохладныхъ ваннъ съ проточною водою, омывающей только стопы. Если нужно долговременное отвлеченіе, то употребляются мушки на затылокъ, иногда поддерживаемыя unguento epispastico. Въ прежнее время, а иногда и теперь употребляются втиранія въ голову (на темени предварительно сбривается пространство величиной съ 1 дюймъ) мази изъ рвотнаго камня (ung. stibiatum); этимъ вызывается сильное воспаленіе покрововъ, служащее длительнымъ отвлекающимъ; пользу такого лѣченія видѣли при прогрессивномъ параличѣ и при грозящемъ переходѣ во вторичное слабоуміе. Употреблявшіяся прежде фонтанели теперь не въ употребленіи, хотя отрицать безусловно ихъ вліянія въ качествѣ предохраняющей мѣры нельзя.

Изъ средствъ, регулирующихъ кровообращеніе, въ прежнее время употреблялась во многихъ случаяхъ маніакальнаго возбужденія наперстянка въ видѣ настоя или тинктуры; теперь она употребляется при психическихъ болѣзняхъ мало Сердечныя средства, какъ напер-

стянка, adonis vernalis, convallaria majalis употребляются также при лѣченіи эпилепсіи въ сочетаніи съ бромистыми препаратами.

Регулируется кровообращеніе также водолѣчебными пріемами.

4. Средства, **усиливающія приливъ крови къ головѣ**, показаны при формахъ съ порядочною слабостью дѣятельности сердца и съ выраженными явленіями церебральной анемін. Въ такихъ случаяхъ употребляются вино, эфиръ въ чистомъ видѣ или въ видѣ эфирно-валерьяновыхъ капель, а при упадкѣ силъ мускусъ и камфора per os (Rp. Camphor. trit. 0,5; gummiarab. 10,0. aq. destil, 150,0; sach. alb. 10,0. M. f. emulsio. S. *по столовой ложкѣ* черезъ 2 часа. Или подъ кожу—Rp: Camphor. trit. 1,0; ol. amygdal. dulc. 9,0. M. S. 1—2 шприца). Очень быстро расширяетъ сосуды и потому иногда очень удобно вдыханіе нѣсколькихъ капель amylnitrit'a. Употребленіе nitroglycerin'a (glenoin'a), тоже способствующаго расширенію сосудовъ, практикуемое при нервныхъ больняхъ, мало распространено въ психіатріи. Коффеинъ показанъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ сердечной слабости. При малокровіи головы во многихъ случаяхъ помогаетъ согрѣваніе головы или теплыми тканями, или пузыремъ съ теплой водой.

При анемическихъ формахъ полезно постельное содержаніе больныхъ.

5. Очень часто при лѣченіи душевно-больныхъ употребляются разнообразныя **тонизирующія средства** и измѣняющія питаніе, различныя *смотря по индивидуальности.* То это arsenicum (solutio Fowleri, acidum arsenicosum, natrum arsenicosum, въ видѣ Пирсоновскаго раствора или впрыскиваній подъ кожу по рецепту: Rp. Natri arsenicosi 0,2; $\frac{1}{2}\%$ solutionis acidi carbolici 20,0 M. S. по 2 — 10 дѣленія шприца постепенно возвышая, потомъ уменьшая), то это препараты желѣза и азотнокислаго серебра, хинина, стрихнина; часто употребляется искусственная пирофосфорная желѣзистая вода, или привозныя желѣзисто-мышьячныя воды: Levico (слабая и сильная—по чайной и дессертной ложкѣ, 2—3 раза въ день), Roncegno

Нерѣдко назначаются вина съ кока или кола или tinctura Cocae и t-ra Kolae по 15 — 20 капель нѣсколько разъ въ день. Съ цѣлью укрѣпленія очень полезно лѣченіе кумысомъ, кефиромъ или простымъ молокомъ, также питательными мясными продуктами, мяснымъ сокомъ, мяснымъ порошкомъ, пептонами (иногда въ соединеніи съ желѣзомъ, сомагозой, нугрозой), рыбьимъ жиромъ, липаниномъ.

Въ качествѣ измѣняющихъ питаніе употребляется ртутное лѣче-

ніе (втиранія и впрыскиванія) при сифилитическихъ разстройствахъ и іодистый натрій или калій при сифилисѣ и артеріосклерозѣ.

6. Нерѣдко приходится искать между терапевтическими средствами такихъ, которыя могли бы вліять **седативно на половое возбужденіе**. Къ сожалѣнію, такихъ средствъ мало. Нужно во всѣхъ случаяхъ опредѣлить причину этого симптома, дѣйствовать на нее (напр., на мѣстную болѣзнь), удалять всякіе раздражающіе поводы. Изъ аптечныхъ средствъ болѣе всего помогаютъ: бромистый калій или натрій (4,0—6,0 въ сутки), camphora monobromata (0,2 въ облаткахъ или пилюляхъ 3—4 раза въ день), extract. fluid. salicis nigrae (по 20 капель нѣсколько разъ въ день), lupulinum 0,5 — раза 4 въ день въ облаткахъ, natrium nitricum 1,0—1,5 въ сутки (въ водномъ растворѣ), сидячія ванны въ 24°—26°. Иногда при существованіи зуда въ половыхъ органахъ у женщинъ употребляется наружное помазываніе растворомъ кокаина, употребленіе обмываній изъ воды съ уксусомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пробовали дѣлать прижиганіе клитора аппаратомъ Пакелена или даже вырѣзываніе клитора.

7. Въ послѣднее время съ цѣлью вліянія на обмѣнъ и на яды, циркулирующія въ крови, употребляются для лѣченія душевно-больныхъ вещества, добываемыя изъ отдѣльныхъ органовъ животныхъ, органотерапія; пробовали впрыскивать ступорознымъ больнымъ яичковую эмульсію (Броунъ-Секаровскую) и находили успѣхъ. Такой же успѣхъ получался у нѣкоторыхъ больныхъ отъ впрыскиванія и внутренняго употребленія спермина (Пеля и др.). При неврастеническихъ формахъ предлагаютъ еще впрыскивать жидкость, полученную изъ обработки овечьихъ мозговъ, а при нѣкоторыхъ формахъ ступора порошокъ высушенной селезенки (pulvis lienis sicc.). Въ послѣднее время очень часто больнымъ (страдающимъ слабоуміемъ съ микседемой) даютъ препараты изъ вещества щитовидной железы животныхъ. Употребленіе тиреоидина въ количествѣ 1—6 гранъ въ сутки оказывало рѣзкій эффектъ при микседематозномъ помѣшательствѣ, кретинизмѣ и инфантилизмѣ: остановившееся было развитіе психическихъ способностей и роста организма иногда дѣлало замѣтные шаги впередъ при этомъ лѣченіи. Лѣченіе другими веществами, гипофизиномъ, оваріиномъ, пока еще не дало опредѣленныхъ результатовъ. Нѣкоторые психіатры, имѣя въ виду, что затянувшіеся психозы иногда проходили при появленіи инфекціонныхъ заболѣваній (тифа, оспы), пробовали лѣчить душевнобольныхъ, искусственно вызывая повышеніе температуры вакцинаціей, впрыскиваніемъ токсиновъ. Такъ, вѣнскій профессоръ Вагнеръ впрыскивалъ при затянувшихся формахъ аменціи туберкулинъ Коха и на-

ходилъ иногда ободряющіе результаты; Бинсвангеръ, профессоръ въ Іенѣ, предлагаетъ вводить культуру bacterii coli. Иногда замѣчали улучшеніе въ состояніи душевно-больныхъ отъ лихорадочнаго состоянія, вызываемаго подкожными впрыскиваніями olei terebenthinae

Изъ спеціальныхъ методовъ лѣченія прежде всего нужно остановиться на водолѣченіи. а) **Водолѣченіе** примѣняется у душевно больныхъ очень часто. Наиболѣе часто употребляются слѣдующіе пріемы: Ванны полныя: 1) теплыя, 28—30 гр. (рѣдко выше). Обыкновенно онѣ дѣлаются или короткія (отъ 5—15 минутъ), средней продолжительности (15 — 60 минутъ) и длительныя (нѣсколько часовъ). Короткія ванны болѣе показаны при меланхолическихъ состояніяхъ, соединенныхъ съ сильнымъ страхомъ; при маніакальномъ возбужденіи чаще употребляются болѣе длительныя теплыя ванны: въ послѣднее время многіе хвалятъ теплыя ванны, продолжающіяся по нѣскольку часовъ, при возбужденіи въ разныхъ болѣзненныхъ формахъ, между прочимъ при маніакальныхъ состояніяхъ и при прогрессивномъ параличѣ. При послѣдней болѣзни пользуются иногда почти безпрерывными теплыми ваннами также для предохраненія отъ пролежней; больные проводятъ въ ваннѣ цѣлые дни, въ ваннахъ принимаютъ пищу, женщины даже работаютъ. Для удобства больные кладутся не на дно самой ванны, а на корытообразный кусокъ холста, прикрѣпленный къ двумъ жердямъ, висящимъ на особыхъ крючкахъ; благодаря этому приспособленію выниманіе изъ ванны очень удобно. Подъ голову кладется гуттаперчевая подушка. Цѣль теплой ванны достигнуть успокоенія, и потому, если послѣ повтореннаго употребленія этого метода всякій разъ дѣлается возбужденіе, безсонница, то нужно оставить этотъ способъ лѣченія. Большею частью больные идутъ въ ванну безъ особаго протеста, но иногда ванна вызываетъ сильный страхъ, безпокойство; приходится дѣйствовать уговоромъ, а иногда и переносить больного на рукахъ; если пріемъ ванны каждый разъ сопровождается борьбою, то успокаивающее ея дѣйствіе этимъ парализуется, и тогда нужно дѣлать ее только для сохраненія чистоты. Въ клиникѣ проф. Крепелина иногда для того, чтобы больной безъ протеста взялъ ванну, дѣлается впрыскиваніе гіосцина. Передъ помѣщеніемъ больного въ ванну надзиратель долженъ провѣрить ея температуру, чистоту воды, долженъ самъ присутствовать при усаживаніи въ ванну больного и выходѣ его изъ нея; нѣкоторые больные (слабые и стремящіеся къ самоубійству) требуютъ самаго внимательнаго надзора Во время ванны на голову кладутъ компрессъ, послѣ ванны больной на сухо обтирается и укладывается въ постель; въ случаѣ, если отъ ванны дѣлаются мокнущія сыпи, то соотвѣтствующее мѣсто

смазывается вазелиномъ. Дѣлаются ванны въ часы наиболѣе удобные (обыкновенно за нѣсколько часовъ до отхода ко сну и не тотчасъ послѣ ѣды). Нѣкоторымъ больнымъ требуется ванна каждый день, другимъ черезъ день, третьимъ по мѣрѣ надобности. 2) Тепловатыя ванны (23—27° R.) употребляются у многихъ больныхъ, у которыхъ субъективное ощущеніе жара не даетъ возможнымъ примѣнять теплыя ванны обычной температуры. Иногда этого рода ванны примѣняются, какъ средства тоническія; дѣлаются онѣ простыя и съ солью, продолжительностью отъ 10—20 мин. 3) Прохладныя ванны (15°—22° R.) и холодныя ванны (ниже 15° R.) дѣлаются рѣдко. Нѣкоторые хвалятъ ихъ, какъ сильно успокаивающее средство при длительномъ возбужденіи. Онѣ продолжаются короткое время (5 мин.) и сопровождаются растираніемъ тѣла. 4) Горячія ванны (33°—35°) при душевныхъ болѣзняхъ не дѣлаются.

Полуванны въ большой ваннѣ, но съ слоемъ воды не болѣе 4—5 вершковъ дѣлаются обыкновенно температурой отъ 15°—26° R. Передъ ванною нужно остудить голову и плечи, послѣ того больной садится въ ванну, причемъ t° воды бываетъ сначала 26°—24° R; во время ванны дѣлается растираніе спины, груди, живота, рукъ и ногъ больного руками служителя и поливаніе водою изъ ванны. Такъ продолжается минуты 4—5; послѣ того быстро подбавляется холодная вода, пока температура ея не понизится, смотря по назначенію до 20°—15° R. При подбавленіи воды она тутъ же старательно перемѣшивается. — Когда вода достаточно охладилась, служитель волнуетъ ее, стараясь обдавать спину больного. Черезъ минуту больного выводятъ и старательно вытираютъ простынею. Употребляются эти полуванны у апатичныхъ больныхъ, съ ослабленіемъ энергіи организма, также при неврастеническихъ формахъ. У очень слабыхъ больныхъ онѣ противупоказаны. Иногда полуванны съ растираніемъ употребляются и безъ постепеннаго охлажденія.

Сидячія ванны дѣлаются, главнымъ образомъ, тогда, когда надо повліять на тазовые органы. Если желаютъ достигнуть возбуждающаго дѣйствія, напр., при импотенціи, парезѣ мочевого пузыря, дѣлаютъ ванны холодныя 10—15°, въ которыхъ больной находится 5—10 минутъ; при половой возбудимости, наоборотъ, или болѣе продолжительныя прохладныя ванны или болѣе теплыя (20—24°).

Ножныя ванны холодныя назначаются при продолжительныхъ гиперемияхъ къ головному мозгу (напр., головныхъ боляхъ); онѣ дѣлаются или проточныя, или соединенныя съ растираніемъ ногъ, продолжительностью отъ 2—5 минутъ; при этомъ на голову кладется ком-

прессъ. Горячія ножныя ванны употребляются при явленіяхъ застойной гипереміи мозга (34°—35° R, на 15—20 минутъ).

Компрессы и ледяныя примочки также, какъ компрессы на шею, для уменьшенія прилива крови къ головѣ, по Вингерницу, назначаются при рѣзко выраженныхъ острыхъ гиперемическихъ состояніяхъ паралитиковъ.

Теплыя примочки на голову, иногда съ укутываніемъ, употребляются при нѣкоторыхъ нервныхъ головныхъ боляхъ.

Согрѣвающіе компрессы назначаются при мѣстныхъ боляхъ, также для отвлеченія крови отъ головы (компрессы на икры и на животъ).

Общія завертыванія въ мокрую простыню (Присницевскія) назначаются у возбужденныхъ больныхъ, требующихъ безусловнаго постельнаго режима и не могущихъ пользоваться ваннами. Они иногда рѣзко успокоиваютъ больныхъ. Производятся они такъ: на кровать кладется три теплыхъ шерстяныхъ одѣяла (или широкое сукно), сверхъ нихъ мокрая простыня, смоченная въ водѣ 20°—24° R. Больной кладется на простыню и ею завертывается до самой шеи, потомъ закутывается одѣялами или сукномъ; въ ногахъ одѣяла аккуратно подгибаются, на голову кладется холодный компрессъ. Все время около больного долженъ быть служитель, перемѣняющій компрессъ. Часа черезъ два одѣяла снимаются, и больной обливается водой въ 24° или просто обтирается. Завертываніе часто вызываетъ большое успокоеніе и даетъ сонъ.

Души примѣняются въ больницахъ для душевно больныхъ сравнительно рѣдко: у истеричныхъ, неврастениковъ, у меланхоликовъ въ періодѣ *поправленія*. Нужно избѣгать вліянія сильнаго раздраженія, поэтому температура душъ не должна быть очень низка, и давленіе не такъ сильно, какъ въ случаяхъ не психическихъ разстройствъ. Прежде души примѣнялись въ терапіи душевно-больныхъ какъ дисциплинирующее средство, какъ наказаніе за провинность, но, конечно, теперь примѣненіе душъ съ этой цѣлью, какъ и вообще весь арсеналъ устрашающаго метода лѣченія, оставленъ.

Растираніе мокрой простыней въ 24—12° съ послѣдовательнымъ обливаніемъ назначается также истеричнымъ, неврастеникамъ, ипохондрикамъ и вообще при конституціональныхъ разстройствахъ, у больныхъ безъ признаковъ возбужденія и не чрезмѣрно слабыхъ и малокровныхъ. Нужно слѣдить за тѣмъ, правильно ли согрѣвается больной послѣ этой процедуры, и не слишкомъ ли утомляетъ его растираніе; силу растиранія нужно соразмѣрить съ впечатлительностью. Сильное паденіе вѣса при такомъ лѣченіи является противопоказаніемъ къ нему, также и невозможность согрѣться.

Обтиранія по частямъ теплой и прохладной водой, простой или съ одеколономъ и мыльнымъ спиртомъ, дѣлается у больныхъ ослабленныхъ, малокровныхъ и истощенныхъ.

Паровыя ванны обыкновенно не употребляются у душевно больныхъ, если нѣтъ спеціальныхъ показаній со стороны физическихъ болѣзней (лѣченіе хроническаго отравленія, сифилиса, ревматизма).

Кромѣ того въ отдѣльныхъ случаяхъ употребляются и другія гидротерапевтическіе пріемы, напр.,—Чапмановскіе мѣшки на спину, горячіе въ 45° (на верхнюю часть спины и затылокъ при малокровіи мозга и связанныхъ съ этимъ головныхъ боляхъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ при эпилепсіи, галлюцинаціяхъ отъ истощенія; на поясницу—при аменнореяхъ, задержаніи привычныхъ геморроидальныхъ кровотеченій) и холодныя ледяныя на среднюю часть позвоночника при спинальной ирритаціи.

Всѣ эти пріемы при употребленіи ихъ съ лѣчебною цѣлью должны быть индивидуализированы. Съ гигіенической цѣлью у душевно больныхъ дѣлаются ванны простыя и мыльныя: многіе больные пользуются обыкновенной баней и купаньемъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ (у ослабленныхъ больныхъ, неврастениковъ, истеричныхъ, съ вялой кожей) приходится прибавлять въ ванны къ водѣ другія вещества, какъ, напр., соду, поваренную соль, ароматическія травы; для нечистоплотныхъ больныхъ дѣлаютъ иногда ванны съ прибавкою небольшого количества Kali hypermanganici.

б. **Электротерапія** находитъ себѣ довольно ограниченное примѣненіе при психозахъ. Электричество употребляется у душевно больныхъ въ видѣ общей и мѣстной фарадизаціи, гальванизаціи и франклинизаціи. Общая фарадизація рукой и электрическій массажъ при помощи вращающагося валика-электрода употребляются при неврастеническихъ формахъ, истерическихъ и ипохондрическихъ. При ступорѣ и меланхоліи тоже иногда прибѣгаютъ къ общей фарадизаціи, когда есть явленія застоя кровообращенія, похолоданія конечностей и пр. Иногда фарадизація головы употребляется, какъ снотворное средство. Гальванизацію примѣняютъ при формахъ истерическихъ, неврастеническихъ и ипохондрическихъ, въ формѣ мѣстной гальванизаціи позвоночника и болящихъ областей,—или въ формѣ общей гальванизаціи, простой и въ электрическихъ ваннахъ. При меланхоліи оказываетъ иногда хорошее вліяніе гальванизація n. sympathici или гальванизація головы, продольная или поперечная. Для этого обыкновенно пользуются широкими электродами, которые ставятъ ко лбу и затылку или около обоихъ сосцевидныхъ отростковъ, катодъ располагаютъ на лбу, а анодъ на затылокъ, если желаютъ вы-

звать приливъ крови къ головѣ; а если желаютъ вызвать уменьшеніе прилива, то на лбу ставятъ анодъ. При желаніи дѣйствовать однимъ полюсомъ на голову, нѣкоторые рекомендуютъ пользоваться катодомъ, если существуютъ показанія къ усиленію возбудимости, и анодомъ съ цѣлью успокоенія, а индиферентный полюсъ на грудину. Токъ долженъ браться небольшой силы, не вызывающій рѣзкихъ субъективныхъ ощущеній и головокруженія. Хорошій эффектъ оказываетъ иногда гальванизація головы и при ступорѣ. Иногда гальванизація черезъ сосцевидныя отростки уменьшаетъ упорныя слуховыя галлюцинаціи. Франклинизація употребляется при истерическихъ, неврастеническихъ и ипохондрическихъ формахъ. Токи большого напряженія (д'Арсонваля и Тесла) еще не имѣютъ примѣненія въ душевныхъ болѣзняхъ, кромѣ легкихъ формъ ипохондрическихъ и измѣненія настроенія при разстройствахъ обмѣна.

в. **Массажъ** употребляется, какъ одно изъ средствъ такъ называемаго Вейръ-Митчелевскаго лѣченія неврастениковъ и особенно истеричныхъ, состоящаго въ постельномъ содержаніи, усиленномъ питаніи и примѣненіи общей фарадизаціи или массажа. Растираніе тѣла спиртами употребляется чаще всего при формахъ, соединенныхъ съ застоями крови, каковы вялыя формы меланхоліи и ступора. Очень охотно при лѣченіи душевно больныхъ употребляется гимнастика. Въ нѣкоторыхъ заведеніяхъ есть спеціальные гимнастическіе кабинеты, эргостаты и другіе соотвѣтствующіе приборы. Впрочемъ гимнастику часто замѣняютъ и работы на чистомъ воздухѣ. Для нѣкоторыхъ больныхъ противопоказаны всякія обширныя движенія, больные должны находиться постоянно въ постели. Таковы большинство больныхъ острыхъ, лихорадящихъ, а также больные слабые, не ѣдящіе. Для многихъ неврастениковъ, заболѣвшихъ отъ чрезмѣрной работы, полезна также полная неподвижность, составляющая вмѣстѣ съ изоляціей главное основаніе лѣченія по способу Вейръ-Митчеля.

г. **Постельное содержаніе**, о которомъ было говорено выше, вообще въ послѣднее время все болѣе и болѣе находитъ себѣ сторонниковъ. Оно примѣняется къ нѣкоторыхъ заведеніяхъ ко всѣмъ вновь поступающимъ и возбужденнымъ больнымъ. Его удобство заключается въ томъ, что больной до нѣкоторой степени болѣе сознаетъ себя больнымъ и легче подчиняется авторитету врача, наблюденіе становится легче, порядокъ и спокойствіе въ палатахъ больше. Оно считается показаннымъ: 1) при тѣлесныхъ болѣзняхъ у душевно-больныхъ, 2) у больныхъ лихорадочныхъ, 3) у больныхъ слабыхъ, истощенныхъ, 4) у больныхъ возбужденныхъ, какъ острыхъ такъ и хроническихъ; приступы возбужденія обыкновенно значительно ослабляются при постельномъ

режимѣ, 5) у больныхъ нечистоплотныхъ, наклонныхъ къ разрушенію, размазыванію и поѣданію кала, 6) у больныхъ опасныхъ для себя и окружающихъ, 7) у больныхъ ступорозныхъ, наклонныхъ къ отекамъ нижнихъ конечностей. Нѣкоторые авторы видятъ противопоказаніе къ постельному режиму при наклонности къ онанизму, къ пролежнямъ, а также и у истеричныхъ; также указывали, что постельный режимъ располагаетъ къ анеміи и запорамъ. Спокойные хроники, особенно способные къ работѣ, не нуждаются въ постельномъ режимѣ. Въ больницахъ, гдѣ введенъ постельный режимъ, какъ система, укладываютъ въ постель и тѣхъ больныхъ, которымъ этотъ режимъ небезусловно показанъ; это дѣлается для того, чтобы спокойно лежащіе больные дѣйствовали внушающимъ образомъ на вновь поступающихъ безпокойныхъ больныхъ.

д. **Оперативное лѣченіе** душевныхъ болѣзней имѣетъ двоякое значеніе. Иногда операція предпринимается съ цѣлью удалить предполагаемую причину болѣзни, наприм., опухоль яичника, болящій рубецъ и т. п. Въ другихъ же случаяхъ операція имѣетъ болѣе тѣсное отношеніе къ головѣ: такъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣлали трепанацію черепа, чтобы облегчить мозговое кровообращеніе и лимфообращеніе, и даже вырѣзываніе кусочковъ мозговой коры. Эффектъ былъ ничтожный. Конечно, болѣе надежды на успѣхъ будетъ давать трепанація, предпринятая для удаленія поврежденій костей, полученныхъ при травмѣ головы, или для удаленія сращеній твердой оболочки мозга. Въ послѣдніе годы были сдѣланы попытки дѣлать отверстія въ черепѣ идіотовъ, у которыхъ предполагалось раннее заращеніе черепныхъ швовъ, чтобы дать возможность развиваться мозгу, но результаты получились отрицательные.

е. **Лѣченіе цвѣтнымъ свѣтомъ** у душевно больныхъ предлагалось довольно давно. Д-ръ Понца находилъ, что больные, находящіеся въ комнатахъ съ красными стѣнами, куда проникаетъ сквозь стекла только красный цвѣтъ, — приходятъ въ возбужденіе; наоборотъ находящіеся подъ вліяніемъ голубого и фіолетоваго цвѣта, успокаиваются; поэтому красный цвѣтъ совѣтовался для больныхъ, находящихся въ состояніи подавленія (меланхоликовъ, ступорозныхъ), а синій или фіолетовый для маніакальныхъ. Я лично въ давнее время повторялъ эти опыты въ Преображенской больницѣ, но не могъ подтвердить мнѣнія д-ра Понца.

Въ послѣднее время впрочемъ д-ръ Акопенко, произведши рядъ психометрическихъ опытовъ надъ здоровыми лицами, пришелъ къ заключенію, что вліяніе цвѣта среды отражается на психофизіологическихъ процессахъ человѣка; по его наблюденіямъ слѣдуетъ признать

за цвѣтами, приближающимися къ тепловой части спектра, дѣйствіе возбуждающее, а за цвѣтами, близкими къ химической части — дѣйствіе угнетающее. Такимъ образомъ красный цвѣтъ долженъ, дѣйствительно, вліять возбуждающимъ образомъ, а фіолетовый подавляющимъ и успокоивающимъ: желтый цвѣтъ, какъ стоящій на рединѣ, индифферентенъ.

Точно также еще нѣтъ ничего опредѣленнаго относительно лѣченія душевно больныхъ музыкой, если не считать, что музыка вообще доставляетъ многимъ больнымъ пріятное времяпрепровожденіе.

ж. **Лѣченіе климатомъ, морскими купаніями, горнымъ воздухомъ** имѣетъ значеніе лишь въ сравнительно легкихъ формахъ или въ промежуткахъ конституціональныхъ психическихъ разстройствъ, или по выздоровленіи отъ остраго психоза. Во многихъ случаяхъ достаточно перемѣны городской жизни на деревенскую; въ другихъ случаяхъ, при ослабленномъ питаніи, при слабости душевной энергіи полезно пребываніе въ приморскихъ или южныхъ климатическихъ мѣстностяхъ. Горный воздухъ полезенъ при истеріи. Не слѣдуетъ совѣтовать пребываніе въ мѣстности, гдѣ существуетъ сильный вѣтеръ, особенно больнымъ, наклоннымъ къ гиперіямъ мозга.

з. **Симптоматическое лѣченіе.** Довольно важную часть терапіи душевныхъ болѣзней составляетъ употребленіе средствъ, назначенныхъ для устраненія нѣкоторыхъ отдѣльныхъ симптомовъ у душевно больныхъ. Сюда относятся всѣ тѣ мѣры, которыя употребляются противъ отдѣльныхъ элементарныхъ разстройствъ и противъ чисто внѣшнихъ, но особенно непріятныхъ проявленій. Что касается до терапіи отдѣльныхъ элементарныхъ разстройствъ, какъ измѣненіе настроенія, аффекты страха, тоски, бредъ, галлюцинаціи, то, въ виду взаимной зависимости всѣхъ ихъ, и лѣченіе ихъ сводится на лѣченіе отдѣльныхъ формъ болѣзни, о чемъ будетъ рѣчь въ частной психіатріи. Общее отношеніе врача къ бреду, разстройству настроенія было мною указано при изложеніи психическаго лѣченія. Добавлю только, что для лѣченія отдѣльныхъ симптомовъ нужно держаться всегда правила стараться выяснить себѣ патогонезъ ихъ развитія и употреблять соотвѣтственныя мѣры.

Такъ, при лѣченіи бреда, зависимаго отъ аллегоризаціи болевыхъ ощущеній, нужно стремиться уничтожать условія болѣзненной чувствительности; при лѣченіи галлюцинацій — опредѣлять зависимость ихъ отъ общаго разстройства питанія (интоксикаціи), отъ периферическихъ раздраженій (изслѣдовать и лѣчить страданіе ушей, глазъ), отъ неправильнаго распредѣленія крови (гиперемія мозга). Болѣе умѣстно здѣсь указать на лѣченіе от-

дѣльныхъ *внѣшнихъ* особенно непріятныхъ проявленій у душевно больныхъ; сюда, наприм., относятся средства, употребляемыя при лѣченіи больныхъ неопрятныхъ, безпокойныхъ, стремящихся къ самоубійству. Трудно, конечно, перечислить всѣ тѣ мѣры, которыя употребляются въ лѣчебницахъ для душевно больныхъ для устраненія вреднаго вліянія того или другого проявленія, такъ какъ мѣры эти разнообразны и варьируются, смотря по индивидуальности и условіямъ даннаго заведенія. Для отысканія и примѣненія этихъ мѣръ часто требуется большая предусмотрительность и находчивость какъ врача, такъ и персонала, ухаживающаго за больными, и подробное изслѣдованіе причинъ и условій проявленія того или другого непріятнаго симптома. Я укажу только на главнѣйшія мѣры.

1) **Безсонница** душевно больныхъ является однимъ изъ очень частыхъ симптомовъ, съ которымъ приходится упорно бороться. О средствахъ, которыя употребляются съ этой цѣлью, было сказано выше, при описаніи снотворныхъ лѣкарствъ. Здѣсь я упомяну только, что каждый разъ нужно выяснить себѣ причину безсонницы и дѣйствовать на нее. Прежде чѣмъ прибѣгать къ лѣкарствамъ, перечисленнымъ выше, нужно испробовать такія мѣры, какъ помѣщеніе въ сравнительно прохладную комнату, замѣна теплаго одѣяла легкою простынею, устраненіе поводовъ къ возбужденію передъ сномъ, иногда прогулки на ночь, устраненіе запоровъ путемъ вечерней клизмы, лѣченіе тѣхъ или другихъ болевыхъ ощущеній, мѣшающихъ сну. Въ случаѣ начинающихся психозовъ и при психозахъ съ короткимъ теченіемъ, какъ бѣлая горячка, не слѣдуетъ пренебрегать и сильными наркотическими; въ случаяхъ же затяжныхъ наркотическія средства должны быть избѣгаемы, такъ какъ злоупотребленіе ими, весьма возможное въ затяжныхъ формахъ, вредно Достаточно во многихъ случаяхъ употребленія бромистаго натрія съ кодеиномъ, теплыхъ ваннъ, холодныхъ примочекъ или ледяного пузыря на голову. Слѣдуетъ, конечно, озаботиться о томъ, чтобы безсонница однихъ больныхъ насколько возможно менѣе вліяла на другихъ.

2) **Сильное безпокойство больныхъ.** Для устраненія этого симптома также прежде всего нужно выяснить причины безпокойства, его патогенезъ; часто онѣ заключаются въ недостаточномъ питаніи больного; тогда нужно давать ему обильную пищу, притомъ черезъ короткое время. Въ другихъ случаяхъ причина безпокойства лежитъ въ неправильностяхъ ухода, въ безтактныхъ словахъ прислуги, въ назойливомъ надзорѣ, во вліяніи другихъ больныхъ, въ отсутствіи какого либо занятія Иногда приступъ буйства можетъ быть вызванъ тоскою, иногда гнѣвомъ, иногда галлюцинаціями, иногда болью въ какой-нибудь части

тѣла. Конечно, сообразно съ этимъ употребляютъ и средства для борьбы съ буйными проявленіями и для ихъ предупрежденія. Безпокойные больные требуютъ почти всегда постельнаго содержанія; большею частью въ постели, особенно если больной лежитъ среди другихъ больныхъ, безпокойство ограничивается пространствомъ постели: больной не встаетъ, а лишь перекладывается, размахиваетъ руками и ногами, бросаетъ вещи; даже крикъ бываетъ обыкновенно не громкій, вслѣдствіе „внушающаго“ вліянія другихъ покойно лежащихъ больныхъ. Въ комнатѣ, гдѣ лежатъ больные, должны находиться опытные служители, которые ласково и тактично уговариваютъ ихъ лежать, а при попыткѣ вставанія слегка придерживаютъ въ постели. У нѣкоторыхъ больныхъ однако нельзя обходиться, хотя временно, безъ удерживанія двумя или тремя служителями; удерживаніе должно производиться, по возможности, безъ значительнаго насилія, черезъ мягкія подкладки, наложенныя на плечи и ноги [1]). Въ рѣдкихъ случаяхъ постельное содержаніе вызываетъ само по себѣ сильный страхъ и возбужденіе, тогда нужно прекратить его. Нѣкоторые больные успокоиваются при движеніяхъ на чистомъ воздухѣ, при отвлеченіи вниманія занятіями, разговоромъ съ интеллигентными людьми, при устраненіи поводовъ для страха; въ тѣхъ случаяхъ, когда у больныхъ существуетъ патологическая невыносливость къ людямъ (чаще всего обусловливаемая иллюзіями и смѣшеніемъ лицъ), приходится помѣщать больныхъ въ отдѣльныя комнаты; эти комнаты не должны носить мрачнаго характера обычныхъ изоляторовъ, хотя, конечно, обстоятельства часто вынуждаютъ выносить изъ нихъ вещи, которыми больной можетъ себѣ повредить, и защищать окна рамой съ металлической сѣткой, заблаговременно вставленной. Большинство психіатровъ совѣтуетъ очень безпокойныхъ больныхъ помѣщать въ изоляціонныя камеры (иногда съ мягкими стѣнами), хотя бы на короткій срокъ, до успокоенія. Какъ уже я говорилъ, въ психіатрической клиникѣ мы рѣшительно не пользуемся изоляціонными отдѣленіями уже нѣсколько лѣтъ. То обстоятельство, что это возможно дѣлать въ клиникѣ, не давало бы права утверждать, что возможно обходиться безъ изоляторовъ и въ другихъ больницахъ, такъ какъ условія клиники несравненно выгоднѣе, какъ въ отношеніи количества больныхъ, такъ и выбора ихъ по качеству, а также и матеріальныхъ средствъ, которыми обладаетъ учрежденіе; но опытъ нѣкоторыхъ большихъ лечебницъ какъ, напр., психіа-

[1]) Удерживаніе руками служителей нужно считать однако всегда крайне нежелательной мѣрой и всѣми силами нужно стремиться поставить въ больницѣ дѣло такъ, чтобы къ этой мѣрѣ не приходилось прибѣгать. Я въ клиникѣ своей однако до сихъ поръ не могъ этого достигнуть.

трическаго отдѣленія Екатеринославской больницы заставляетъ считать, что того же можно при желаніи достигнуть даже въ переполненныхъ учрежденіяхъ. Само собою разумѣется, что нужно всегда помнить, что нужно выбирать ту мѣру, которая полезнѣе и удобнѣе для больныхъ. Въ этомъ смыслѣ и нужно рѣшать вопросъ о пользованіи изоляторами. Въ отношеніи его мы не имѣемъ еще такого опредѣленнаго, вполнѣ установленнаго требованія, какъ относительно связыванія: *связываніе безусловно должно быть исключено изъ способовъ леченія безпокойства у больныхъ*. Какъ я уже говорилъ,—въ тѣхъ заведеніяхъ, гдѣ введена система несвязыванія, гораздо менѣе такъ называемыхъ буйныхъ больныхъ, чѣмъ въ тѣхъ, гдѣ больныхъ связываютъ. Всякій психіатръ долженъ это твердо помнить, чтобы не поддаться рѣшенію связать больного, диктуемому потребностями данной минуты и желаніемъ дать хотя бы временный отдыхъ удерживающей больного прислугѣ. Вообще, чѣмъ гуманнѣе режимъ заведенія, чѣмъ, съ одной стороны, лучше организовано постельное содержаніе и наблюдательное отдѣленіе, чѣмъ болѣе возможно соединять больныхъ, хорошо вліяющихъ другъ на друга, и чѣмъ, съ другой стороны, есть бо́льшая возможность разобщать больныхъ, дурно вліяющихъ другъ на друга, тѣмъ „буйныхъ" больныхъ меньше; въ нѣкоторыхъ заведеніяхъ по цѣлымъ мѣсяцамъ ихъ совсѣмъ не бываетъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ нужно безпокойному больному дать наркотическое, гіосцинъ или дюбоизинъ и другія выше перечисленныя успокаивающія средства, нужно сдѣлать впрыскиваніе морфія, чтобы устранить возбуждающую боль, въ другихъ—накормить, или дѣлать продолжительныя теплыя ванны, какъ совѣтуетъ Крепелинъ, или кратковременныя прохладныя ванны, или завернуть въ мокрую простыню, а затѣмъ въ сукно или одѣяло. Если безпокойство обусловливается припадкомъ эпилепсіи, и можно опасаться повторенія судорогъ, то такихъ больныхъ помѣщаютъ въ особую кровать съ боковыми высокими сѣтками, какъ у дѣтскихъ кроватей.

3) За больными **нечистоплотными**, испражняющимися и пускающими мочу подъ себя, уходъ долженъ быть самый тщательный. Если эти больные лежатъ, то нужно, чтобы подъ простыней была непромокаемая резиновая подкладка; иногда употребляются кровати съ особымъ приспособленіемъ, состоящимъ въ томъ, что подъ сѣткою кровати придѣлана особая выдвижная рама съ сосудомъ; на кровати кладется матрацъ, обшитый гуттаперчей; въ срединѣ матраца устроено отверстіе для стока мочи въ подлежащій сосудъ. Больные должны постоянно обмываться водой съ простымъ или ароматическимъ уксусомъ. Больныхъ, которые не лежатъ, нужно черезъ опредѣленные промежутки, черезъ часъ, или два, водить въ клозетъ или сажать на судно; каждый день

ставить имъ клизмы, чтобы испражненіе происходило въ опредѣленное время надъ судномъ. Это особенно важно у тѣхъ больныхъ, которые размазываютъ калъ или съѣдаютъ его.

Уходъ за нечистоплотными больными также, какъ и за больными безпокойными, долженъ быть главнымъ образомъ *предупредительный*: нужно старательно предупреждать всякій случай нечистоплотности. Это достигается изученіемъ привычекъ больного и неуклоннымъ, методическимъ примѣненіемъ тѣхъ мѣръ, которыя только что были указаны. Если надзиратели и прислуга хорошо научены уходу за больными, имѣющими наклонность къ непроизвольному или безпорядочному мочеиспусканію и испражненію, и относятся къ дѣлу добросовѣстно и съ желаніемъ достигнуть цѣли, то нечистоплотность исчезаетъ изъ больницы для душевно больныхъ, и количество запачканнаго испражненіями и мочею бѣлья становится очень незначительно.—Многіе практическіе психіатры не вѣрятъ этому также, какъ не вѣрятъ, что безъ употребленія горячечной рубашки можно обходиться; но въ доказательство своихъ словъ я приведу въ примѣръ д-ра Пеца, директора больницы Альтъ-Шербицъ, который въ своей интересной книгѣ „Kolonisirung der Geister-Kranken" указываетъ, что ему въ его очень большой больницѣ удалось почти совершенно устранить проявленія нечистоплотности.

4) За больными, **стремящимися къ самоубійству**, долженъ быть безпрерывный надзоръ. Такихъ больныхъ правильнѣе не помѣщать въ отдѣльныя комнаты, а помѣщать среди другихъ больныхъ, такъ какъ въ такомъ случаѣ покушенія на самоубійство бываютъ гораздо рѣже. Нужно помнить, что больные иногда чрезвычайно настойчивы и употребляютъ самыя неудобныя орудія для приведенія въ исполненіе своего намѣренія: бросаются съ лѣстницы, глотаютъ стекла, гвозди, булавки, закидываютъ языкъ съ цѣлью задушенія, женщины вырываютъ у себя волосы, чтобы свить веревку, вьютъ ее изъ кусочковъ бѣлья и хранятъ ее отъ взоровъ окружающихъ въ наволочкѣ, или даже во влагалищѣ; описаны случаи втыканія булавки въ сердце, или же засовываютъ чулки въ горло. Поэтому необходимо зорко смотрѣть за такими больными, каждый день утромъ и вечеромъ осматривать ихъ постель, ихъ платье, карманы, не давать имъ возможности имѣть при себѣ веревки, длинные платки. Надзиратели должны каждый разъ пересчитывать всѣ даваемыя и возвращаемыя вещи: полотенца, платки, ножи, вилки и прочіе предметы, могущіе повредить больнымъ, чтобы случайно больные чего нибудь не припрятали. Кровати у такихъ больныхъ должны быть съ мягкими или сплошными спинками, такъ какъ бываютъ случаи, что больные, оторвавъ полосу отъ простыни или со-

рочки, привязываютъ ее къ перекладинѣ кровати и, затянувъ на шеѣ петлю, потихоньку спускаясь на полъ, кончаютъ самозадушеніемъ. Такъ какъ иногда стремленіе къ самоубійству вызывается и поддерживается подражаніемъ, то слѣдуетъ имѣть это въ виду при размѣщеніи больныхъ. Если въ семьѣ больного существуетъ особенное расположеніе именно къ самоубійству, то опасеніе должно существовать и въ тѣхъ случаяхъ, когда болѣзнь по своей формѣ не такая, при которой бываютъ случаи самоубійства.

5) Точно такой же строгій надзоръ долженъ быть **за больными, желающими сдѣлать себѣ какое-нибудь поврежденіе.** Мы знаемъ уже, что больные часто стремятся повредить себѣ: царапаютъ кожу, ударяютъ себя по головѣ, рвутъ волосы, бьются о стѣны и кровати, вырываютъ половые органы, глаза, кусаютъ языкъ и губы. Въ всѣхъ случаяхъ нуженъ надзоръ, постельное содержаніе, удаленіе опасныхъ предметовъ; нужно производить частые осмотры тѣла больного; при этихъ осмотрахъ иногда обнаруживается неожиданно опасная перевязка полового члена или глубокое расцарапаніе покрововъ. Особенно непріятны случаи, когда больной кусаетъ себѣ языкъ или губы. Въ такихъ, правда очень рѣдкихъ, случаяхъ приходится вставлять въ ротъ небольшой деревянный клинъ, обмотанный полотномъ и постоянно держать его. Больныхъ, могущихъ повредить себѣ паденіемъ съ кровати, или кладутъ на матрацѣ безъ кровати, или на кроватяхъ съ мягкими бортами. При проглатываніи предметовъ нужно извлекать ихъ инструментами или проталкивать зондомъ и ожидать ихъ удаленія съ экскрементами. Имѣя въ виду возможность неожиданныхъ случаевъ поврежденія, врачи больницы должны озаботиться тѣмъ, чтобы во всѣхъ отдѣленіяхъ или гдѣ нибудь въ центральномъ мѣстѣ была наготовѣ особая коробка съ необходимыми для леченія несчастныхъ случаевъ вещами (перевязками, инструментами, противоядіями). Нужно, чтобы каждый изъ служащихъ твердо зналъ, что дѣлать въ случаѣ обнаруженія какого нибудь поврежденія или покушенія на него, такъ какъ прислуга всегда будетъ теряться и тратить время понапрасну. Одна изъ необходимыхъ въ самое первое время вещей—обезоружить больного и не дать ему возможности въ суматохѣ спрятать имѣющееся у него орудіе въ такое мѣсто, гдѣ онъ его найдетъ снова.

Такой же строгій надзоръ, какъ за больными, стремящимися къ нанесенію поврежденій себѣ, долженъ быть относительно больныхъ опасныхъ для другихъ. Тутъ также нужна строгая индивидуализація, разобщеніе больныхъ. Въ высшей степени опасно помѣщать двухъ безпокойныхъ больныхъ въ одинъ запертой изоляторъ: случаи убійства

при такихъ обстоятельствахъ не рѣдки, а въ одной больницѣ около 10 лѣтъ тому назадъ одинъ больной не только убилъ помѣщеннаго съ нимъ больного, но и оторвалъ часть его органовъ и чуть ли не съѣлъ ихъ. Относительно больныхъ, стремящихся къ поджогу, нужно заботливо слѣдить, чтобы имъ не попали спички, чтобы и у нихъ не было легко воспламеняющихся веществъ, какъ эфиръ, керосинъ.—Имѣя въ виду возможность пожара въ больницѣ нужно всегда имѣть на готовѣ противопожарные снаряды и время отъ времени указывать служащему персоналу, что нужно дѣлать въ случаѣ пожара.

Многіе считаютъ, что противъ стремленія больныхъ наносить себѣ или другимъ опасныя поврежденія въ нѣкоторыхъ случаяхъ единственною мѣрою служитъ связываніе въ горячечную рубашку. Я рѣшительно протестую противъ этого. Связываніе большею частью усиливаетъ влеченіе къ нанесенію поврежденій и далеко не всегда предохраняетъ отъ приведенія въ исполненіе задуманнаго намѣренія. Въ одной московской больницѣ лѣтъ 15 назадъ связанный больной разбилъ лампу и бросился въ загорѣвшійся керосинъ; въ одной изъ петербургскихъ больницъ связанный больной, высвободивъ руку, вырвалъ себѣ оба глаза и, выздоровѣвъ отъ душевной болѣзни, остался слѣпымъ.

6) Къ больнымъ съ вредными наклонностями относятся и **стремящіеся къ бѣгству**. Конечно, прежде всего, какъ и во всѣхъ случаяхъ симптоматическаго леченія, нужно выяснить себѣ мотивы этого стремленія и дѣйствовать сообразно съ обстоятельствами. Въ большинствѣ случаевъ за такими больными необходимъ строгій надзоръ отдѣльной прислуги или постельное содержаніе. Иногда надзоръ долженъ быть незамѣтнымъ для больного, такъ какъ у нѣкоторыхъ, наприм., истеричныхъ при усиленномъ и назойливомъ надзорѣ развивается особенно сильное желаніе сдѣлать попытку къ бѣгству. Долженъ сказать, что вообще въ больницахъ, гдѣ принята система открытыхъ дверей, стремленіе больныхъ къ бѣгству несравненно меньше, чѣмъ въ больницахъ запертыхъ, хотя случаевъ бѣгства въ общемъ нѣсколько болѣе. По отношеніи къ степени надзора за стремящимися къ побѣгу больными имѣетъ значеніе, конечно, и взвѣшиваніе послѣдствій бѣгства: иное дѣло бѣгство человѣка, стремящагося къ самоубійству или убійству, иное дѣло бѣгство отъ скуки, отъ желанія повидаться со своими; точно также не такъ важно бѣгство больного, настолько не осмысленнаго, что при первой встрѣчѣ его болѣзнь будетъ обнаружена, и онъ будетъ взятъ полиціей. Слишкомъ усиливать надзоръ въ заведеніи и стѣснять больныхъ лишь для того, чтобы не было ни одного случая даже невиннаго ухода,—по моему мнѣнію не слѣдуетъ.

7) Есть цѣлый рядъ больныхъ, которые постоянно **пристаютъ съ просьбою о выпискѣ** ихъ изъ больницы. Они доставляютъ часто непріятность тѣмъ, что вызываютъ протесты и со стороны другихъ больныхъ. Конечно, для борьбы съ этимъ симптомомъ имѣетъ значеніе прежде всего знаніе его патогенеза. Въ общемъ, чѣмъ лучше обставленъ больной, чѣмъ болѣе удовлетворены его требованія и при томъ часто не самыя существенныя, а мелкія, интимныя, чѣмъ внимательнѣе отношеніе къ личности человѣка, тѣмъ эти требованія менѣе часты, менѣе назойливы и менѣе вліяютъ на другихъ больныхъ. Занятіе времени больного удовлетворяющимъ трудомъ или развлеченіемъ (шашки, билліардъ, музыка, рисованіе), особенно такимъ, въ которомъ онъ можетъ проявить нѣкоторую самостоятельность и талантливость, уменьшаютъ потребность выхода изъ заведенія. Въ отдѣльныхъ случаяхъ приходится, конечно, различно реагировать на требованія выписки (отвлекать вниманіе, ободрять), но никогда не нужно больного обманывать, говоря, что завтра выпишутъ, когда на самомъ дѣлѣ нѣтъ этого намѣренія; это правило нужно внушить и родственникамъ, которые часто при свиданіи даютъ больнымъ ложныя обѣщанія. Въ большинствѣ случаевъ излишняя требовательность проходитъ при наступленіи выздоровленія; въ немногихъ случаяхъ она доходитъ однако до такой степени, что приходится дѣйствительно соглашаться на выписку больного; конечно это дѣлается по отношенію къ больнымъ, которые не безусловно нуждаются въ лѣчебницѣ: дѣлается это съ цѣлью сохранить довѣрчивое отношеніе къ персоналу больницы, что очень важно въ видахъ дальнѣйшаго лѣченія.

8) **Сниманіе и рванье платья и бѣлья** составляетъ одинъ изъ симптомовъ очень частыхъ и непріятныхъ въ хозяйственномъ отношеніи, особенно въ больницахъ, гдѣ приходится приспособлять расходы къ узкому бюджету. Кромѣ устраненія причины этого явленія (напр., употребленіемъ прохладныхъ ваннъ при чувствѣ жара въ тѣлѣ, замѣной казеннаго бѣлья своимъ собственнымъ, которое больному болѣе знакомо и которое онъ болѣе бережетъ) однимъ изъ лучшихъ средствъ является постельное содержаніе и занятіе времени больного какимъ нибудь легкимъ дѣломъ. Бѣлье дѣлается такимъ больнымъ изъ болѣе крѣпкой, хотя и мягкой матеріи; иногда употребляется такъ называемая не рвущаяся матерія съ застежками сзади при помощи особенныхъ навинчивающихся пуговицъ. Въ прежнее время, когда охотно пользовались изоляторами для безпокойныхъ больныхъ, приходилось мириться съ тѣмъ, что больной, безпрерывно скидывающій бѣлье, остается раздѣтый въ тепломъ изоляторѣ, такъ какъ безпрерывное одѣва-

ніе только усиливало раздраженіе. Бо́льшею частью больные при этомъ скоро чувствовали сами неудобство своего положенія и примирялись хотя бы съ простыней, которою закрывались и которую не рвали

9) **Онанированіе** составляетъ довольно частое явленіе у разнообразныхъ больныхъ, не только слабоумныхъ хроническихъ, но и острыхъ (при ажитированной меланхоліи, остро развивающемся безсмысліи). Тутъ всегда нужно опредѣлить условія развитія этого симптома и дѣйствовать на нихъ. Такъ, при меланхоліи, особенно у женщинъ, часто причиною бываетъ особенное тоскливое чувство, локализирующееся въ половой системѣ и связанное съ мѣстными разстройствами. Спринцованія, поясныя и общія ванны, также болюсы и суппозиторіи съ наркотическими средствами помогаютъ въ этихъ случаяхъ одновременно съ психическимъ воздѣйствіемъ—отвлеченіемъ вниманія разговоромъ и занятіями. Постельное содержаніе болѣе располагаетъ къ онанизму, чѣмъ трудовой режимъ. Одно изъ самыхъ лучшихъ средствъ: пребываніе на воздухѣ, гулянье, работа; занятіе интересующимъ предметомъ также предупреждаетъ онанированіе. Прежде употреблялось у мужчинъ помазываніе крайней плоти collodio cantharidato, но это средство довольно жестокое. Иногда оказываетъ дѣйствіе вліяніе гипнотическаго внушенія. Употребленіе средствъ, ослабляющихъ половое влеченіе и перечисленныхъ выше, рѣдко приноситъ пользу.

Очень важно предупреждать всякую возможность противуестественныхъ половыхъ отношеній между лицами одного пола въ лѣчебницахъ для душевно больныхъ; наклонность къ этому иногда бываетъ и у мужчинъ, и у женщинъ, но при внимательномъ надзорѣ ее не трудно замѣтить. Точно также при надзорѣ легко замѣтить и предупредить половыя отношенія между отдѣльными больными мужескаго и женскаго отдѣленія (случаи такого рода, кончавшіяся беременностью, бывали).

10) **Отказъ отъ пищи.** Съ этимъ явленіемъ приходится довольно часто имѣть дѣло; въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно продолжается не долго, и больной послѣ небольшого голоданія начинаетъ ѣсть; въ другихъ же случаяхъ бываетъ на долгое время полный отказъ отъ пищи и питья; больной истощается и можетъ умереть, какъ непосредственно отъ голоданія, такъ и отъ случайныхъ осложненій, которыя на истощенной почвѣ вызываютъ слишкомъ сильное паденіе сердечной дѣятельности и не переносятся такъ легко, какъ при другихъ условіяхъ.

При лѣченіи отказа отъ пищи прежде всего нужно узнать его причину и дѣйствовать на нее. Такъ, иной разъ онъ обусловливается лихорадочнымъ состояніемъ и при прекращеніи его исчезаетъ, иногда страданіемъ кишечника, упорными запорами: въ такихъ случаяхъ нужны

клизмы, иногда промываніе желудка; развитіемъ воспаленія слизистой оболочки рта, вслѣдствіе чего является дурной вкусъ, порождающій бредовыя представленія: тогда нужно хорошо промывать ротъ растворомъ борной кислоты; иной разъ отказъ отъ пищи зависитъ отъ тоски и съ уменьшеніемъ ея при помощи впрыскиванія опія или морфія проходитъ; иногда бываетъ полное отвращеніе къ ѣдѣ, полное отсутствіе аппетита: всякая пища становится противна; въ такихъ случаяхъ назначаются средства, возбуждающія аппетитъ, изъ которыхъ лучшее орексинъ (Rp: orexini basici 0.3 D. t. dos. №.. S. по 1 пор. или въ облаткахъ до 3-хъ разъ въ день съ теплою жидкостью). Иной разъ больной не ѣстъ потому, что считаетъ себя грѣшникомъ, разорившимъ семью, недостойнымъ ѣды; тогда мягкое, ласковое, участливое отношеніе, соединенное съ терпѣніемъ, не рѣдко даетъ возможность убѣдить больного что нибудь съѣсть и принять орексинъ, усиливающій влеченіе къ ѣдѣ. Иногда больной не ѣстъ вслѣдствіе крайней нерѣшительности; такого больного приходится кормить изъ рукъ, иногда въ теченіе цѣлаго часа. Иногда больной ипохондрикъ не ѣстъ подъ вліяніемъ мысли, что у него пища не идетъ, что онъ не можетъ глотать; такіе больные часто ѣдятъ, оставшись одни, и имъ нужно пищу оставлять въ комнатѣ; или у нихъ является вдругъ позывъ къ ѣдѣ, и въ виду этого нужно имѣть всегда пищу наготовѣ, чтобы больной поѣлъ, пока позывъ не прошелъ. Иногда отказъ отъ пищи обусловливается религіозными побужденіями, желаніемъ поститься; въ такихъ случаяхъ часто больные соглашаются ѣсть просвиру, запивать освященной водой; одинъ больной изъ числа одностороннихъ поклонниковъ взглядовъ Л. Н. Толстого, отказывавшійся отъ мяса, молока, яицъ и даже отъ хлѣба и картофеля, потому что изъ этихъ продуктовъ будто бы можетъ образоваться въ желудкѣ винный спиртъ, соглашался ѣсть только особеннымъ образомъ приготовленные гороховые продукты. Во многихъ случаяхъ отказъ отъ пищи обусловливается боязнью отравленія; въ такихъ случаяхъ больные иногда ѣдятъ только яйца или охотно ѣдятъ то, что попробовалъ врачъ или другой больной; во многихъ случаяхъ мѣшаютъ ѣсть мысли, что ихъ кормятъ мерзостью, падалью, испражненіями, трупами убитыхъ дѣтей, родственниковъ; эти мысли подкрѣпляются галлюцинаціями вкуса, обонянія; въ такихъ случаяхъ нужно аккуратно очищать ротъ, промывать носъ. Иногда причина отказа—сознательное желаніе умереть съ голоду; въ такихъ случаяхъ нужно все таки приглашать больного къ общему столу, давать ему орексинъ; нерѣдко больные не выдерживаютъ своего рѣшенія и, обвиняя себя въ безсиліи, начинаютъ ѣсть.

Если дѣйствія, вызываемыя пониманіемъ причины отказа, и уговоры,

просьбы, приставанія, напоминанія остаются безъ результата, что особенно часто бываетъ у галлюцинантовъ, считающихъ, что ихъ кормятъ человѣческимъ мясомъ, у меланхоликовъ, имѣющихъ полное отвращеніе отъ пищи, и у ступорозныхъ больныхъ и кататониковъ, пассивно сопротивляющихся всему,—то нужно прибѣгнуть къ насильственному кормленію. Въ случаяхъ небольшаго упорства это дѣлается такъ: надзирательница и надзиратель съ помощью сидѣлки кормятъ больного съ ложки, осторожно производя раздвиганіе зубовъ. При этомъ не слѣдуетъ прибѣгать къ зажиманію носа,—пріемъ, которымъ пользуются нѣкоторые для того, чтобы больные проглотили влитую въ ротъ пищу. Нѣкоторые психіатры вызываютъ глотательный актъ, прикладывая электроды индуктивнаго тока близъ угла нижнихъ челюстей. Если это не помогаетъ, вливаютъ пищу при помощи гуттаперчеваго баллона, трубка котораго проведена въ полость рта черезъ отверстіе, находящееся сзади коренныхъ зубовъ. Я къ этой мѣрѣ никогда не прибѣгаю, потому что нахожу, что въ случаѣ упорнаго отказа гораздо лучше и дѣйствительнѣе кормленіе при помощи зонда. Для насильственнаго кормленія употребляются мягкіе или полутвердые зонды, какъ вводимые черезъ носъ, такъ и черезъ ротъ. При кормленіи черезъ ротъ можно пользоваться обыкновеннымъ желудочнымъ зондомъ для промыванія. Приступая къ попыткѣ кормленія нужно предварительно озаботиться, чтобы было достаточное число помощниковъ (не менѣе 4-хъ), чтобы были приготовлены всѣ нужные инструменты, зонды, стеклянная воронка, пальмовые клинья, которыми раскрывается ротъ, металлическій панцырь, надѣваемый на указательный палецъ врача, для того, чтобы больной не могъ его укусить при введеніи въ полость рта, чистая теплая вода, достаточное количество пищи, лѣкарства, которыя нужно вводить, вино, полотенца и салфетки, растворъ борной кислоты для обтиранія рта. Въ качествѣ питательнаго матеріала служитъ обыкновенно: молоко (4 стакана=800 к. ц.), бульонъ (1 стаканъ), 3—5 яицъ, которыя разводятся сырыми въ горячемъ бульонѣ; смѣсь процѣживается сквозь сито, чтобы не было твердыхъ частей, могущихъ застревать въ зондѣ; къ этому подбавляется чайная ложка сахару, нѣсколько соли, иногда вино и лѣкарство, напр., пепсинъ и соляная кислота для лучшаго усвоенія, какъ показали опыты доктора Семеки. Пища должна быть теплая, но не горячая, въ чемъ врачъ долженъ каждый разъ самъ удостовѣриться. Если все готово, то больной быстро укладывается въ постель, помощники держатъ: одинъ—ноги, другой—руки, третій—голову, четвертый помогаетъ при введеніи зонда. На грудь больного и подъ подбородокъ кладется салфетка. Первый актъ заключается (при кормленіи черезъ ротъ)

въ открыванiи рта: берется одинъ изъ клиньевъ и приставляется къ зубамъ. Если есть какая нибудь щель между верхними и нижними зубами, то быстро вводятъ въ нее конецъ клина и осторожными движенiями вверхъ и внизъ просовываютъ клинъ; если щели нѣтъ, то выжидаютъ удобный моментъ, чтобы ввести клинъ; разъ введенъ одинъ клинъ, вводится вслѣдъ за нимъ и другой; ручки ихъ передаются помощнику, который смотритъ, чтобы они не выходили изъ рта и прижимали бы языкъ внизъ. Затѣмъ берется зондъ, смачивается въ молокѣ и вводится въ глотку. При этомъ врачъ при помощи пальца, на который надѣтъ металлическiй панцырь ощупываетъ, не произошло ли изгиба конца зонда; если этого не произошло, то зондъ свободно идетъ и входитъ въ желудокъ. Предварительно лучше намѣтить на зондѣ черту, обозначающую, насколько нужно его ввести (около 50—55 ctm.). Когда зондъ введенъ, то нужно нѣкоторое время переждать, чтобы убѣдиться, что больной свободно дышитъ; послѣ того въ конецъ зонда вставляется воронка, въ которую вливается пробная теплая вода въ количествѣ одной чашки. Если вода свободно проходитъ, можно наливать пищевую смѣсь; наливаетъ обыкновенно помощникъ, а врачъ придерживаетъ зондъ у отверстия рта и клинья такъ, чтобы больной языкомъ не могъ прижать трубки зонда. Наливанiе должно производиться медленно съ небольшой высоты; время отъ времени трубка зонда сжимается, чтобы нѣсколько замедлить введенiе жидкости. Когда влито все количество, то зондъ зажимается и выводится изо рта; вслѣдъ за этимъ производится очищенiе рта при помощи салфетки, намоченной въ растворѣ борной кислоты, очищается ротъ, затѣмъ вынимаются клинья, и больному предлагаютъ выполоскать ротъ.

Иногда во время кормленiя начинается рвота, тогда приходится прерывать его; бóльшею частью при повторной попыткѣ удается накормить безъ приступовъ рвоты. Для перваго кормленiя обыкновенно вводится небольшое количество пищи, а потомъ оно увеличивается.

При кормленiи зондомъ черезъ носъ нѣтъ надобности открывать рта, а зондъ у больного, лежащаго или сидящаго съ запрокинутой и удерживаемой головой, вводится въ отверстiе носа. Иногда употребляется зондъ безъ мандрена, иногда съ мандреномъ (зондъ Бальярже), который вынимается, когда зондъ достигъ желудка. Всего лучше употреблять простой, мягкiй нелатоновскiй зондъ. При кормленiи черезъ носъ существуетъ бóльшая опасность попасть въ дыхательное горло, поэтому нужно быть очень внимательнымъ и при признакахъ раздраженiя гортани останавливать введенiе зонда или нѣсколько вынуть его; когда зондъ введенъ, что́ узнается по особому ощущенiю и звуку „глу-глу", —

нужно обратить вниманіе, правильно ли дышитъ больной, не проходитъ ли выдыхаемый воздухъ черезъ воронку, что узнается по колебанію пламени свѣчи; для полнаго убѣжденія нужно вдувать въ зондъ воздухъ (баллономъ) и аускультировать желудокъ, чтобы убѣдиться, что воздухъ идетъ туда. Случаевъ, въ которыхъ при введеніи зонда черезъ носъ производились поврежденія гортани и легкихъ, довольно много (извѣстный англійскій психіатръ Гакъ-Тьюкъ однажды повредилъ аорту). Это бывало прежде при употребленіи твердыхъ зондовъ особенно у больныхъ съ пониженной чувствительностью. Я лично предпочитаю кормить черезъ ротъ, что больному менѣе непріятно, чѣмъ черезъ носъ; операція открыванія рта мнѣ удавалась хорошо почти у всѣхъ больныхъ. Только въ случаяхъ, когда больной очень сильно сопротивляется, и зубы его плохи, или когда нужно немедленно ввести въ желудокъ противоядіе при отравленіи больного и нѣтъ времени терпѣливо выжидать удобнаго момента для открытія рта,—я прибѣгаю къ введенію зонда черезъ носъ; въ такихъ случаяхъ можно воспользоваться носовымъ зондомъ и для выкачиванія содержимаго желудка. Нѣкоторые совѣтуютъ, прежде чѣмъ вводить пищу, каждый разъ промывать желудокъ водой (напр., растворомъ двууглекислой соды, Виши).

Такого рода кормленіе производятъ два раза въ день. Иной разъ достаточно бываетъ накормить насильно одинъ разъ, а потомъ больной уже начинаетъ ѣсть самостоятельно. Иногда однако больного приходится долго кормить черезъ зондъ: у него развивается привычка къ этому. Тогда нужно время отъ времени прерывать кормленіе, чтобы больной пробовалъ ѣсть безъ зонда.

Кормленіе черезъ зондъ соединено обыкновенно съ насиліемъ. Уже одно это дѣлаетъ примѣненіе этой операціи непріятнымъ и заставляетъ прибѣгать къ ней только въ случаѣ настоятельной необходимости. Поэтому спрашивается, когда нужно начинать кормленіе, если больной отказывается отъ пищи? Опытъ показываетъ, что человѣкъ можетъ жить безъ пищи довольно долго. Такъ, описаны случаи, гдѣ больные жили 35 и 40 дней, принимая одну только воду. Одинъ больне ѣлъ 62 дня и умеръ на 63-й. Однако, если больной и не ѣстъ и не пьетъ, то онъ умираетъ обыкновенно гораздо скорѣе. Въ виду этого существуетъ большая разница относительно назначенія насильственнаго кормленія у больныхъ, не пьющихъ воды и пьющихъ; въ случаѣ, если больной ничего не пьетъ, то уже на 4-й—5-й день необходимо приступать къ кормленію; если же больной пьетъ хоть воду, то можно ждать 2—3 недѣли, а по мнѣнію нѣмецкаго психіатра Сименса, видящаго въ кормленіи одно изъ проявленій **restraint'a**,—и цѣлый мѣ-

сяцъ. Но это правило нельзя считать абсолютнымъ; есть больные, которыхъ нужно кормить насильственно уже черезъ 2—4 дня послѣ начала полнаго отказа, у другихъ же можно ждать и долго; все зависитъ отъ степени истощенія. Сильное истощеніе голодающаго больного проявляется въ крайнемъ исхуданіи, тускломъ взглядѣ, желтизнѣ и сухости кожи, при чемъ иногда она горячая, конечности же холодны и сини; пульсъ слабъ, частъ, губы сухи, на нихъ корки, языкъ блѣдный или ярко-красный, сухой съ буроватыми жесткими корками по краямъ, изо рта—запахъ разложенія и ацетона; въ мочѣ находится ацетонъ, опредѣляемый реакціей съ полуторохлористымъ желѣзомъ (вишневая окраска). Иногда къ этому присоединяется лихорадочное состояніе и омертвѣніе легкихъ.

Если приближается время назначенія насильственнаго кормленія, то я обыкновенно заранѣе объявляю объ этомъ больному и даже показываю ему зондъ; это дѣлается, конечно, не въ видѣ устрашенія, а для того, чтобы пріучить его къ мысли о такомъ кормленіи; нужно при этомъ высказать, что, какъ Вамъ самому это ни непріятно, вы дѣлаете насиліе изъ обязанности спасти больного. Иногда этого бываетъ достаточно, чтобы больной сталъ ѣсть.

Если больной самъ ѣстъ и пьетъ, хотя очень немного, то обыкновенно къ насильственному кормленію не приступаютъ. Въ такихъ случаяхъ можно вводить питательныя вещества клистирами. Для этого послѣ очистительной клизмы вводятъ при помощи баллона около стакана жидкости, содержащей молоко и пептоны; иногда употребляются Лейбевскія питательныя клизмы.

Если введенія желудочнаго зонда опасаются, или оно не удается, или если истощеніе идетъ такъ быстро, что не ожидаютъ быстрой пользы отъ кормленія, то дѣлаютъ подкожное вливаніе полупроцентнаго раствора поваренной соли въ дистилированной водѣ. Вводятъ при помощи инжектора, употребляемаго для подкожныхъ вливаній при холерѣ, подъ кожу живота до 500 куб. центиметровъ теплой жидкости за разъ. Нѣкоторые изъ психіатровъ, прибѣгавшихъ къ такого рода мѣрѣ, очень ее хвалятъ; благодаря ей удавалось спасти больныхъ, такъ какъ введеніе физіологическаго соленаго раствора не только предотвращаетъ истощеніе, но вызываетъ естественную потребность къ ѣдѣ, и больной послѣ 2—3-хъ-дневнаго лѣченія такимъ способомъ часто начинаетъ ѣсть самъ. Вмѣсто подкожной инъекціи можно дѣлать осторожное и медленное введеніе такого же раствора соли, но въ количествѣ не болѣе 250 к. ц. заразъ, и въ прямую кишку. Указываютъ, что иногда соляные клизмы усиливали аппетитъ и прекращали отказъ

отъ пищи. Подъ кожу для повышенія питанія истощенныхъ больныхъ нѣкоторые предлагаютъ вводить также растворъ виноградного сахара и эмульсіи прованскаго масла.

Таковы методы лѣченія душевно больныхъ. По окончаніи душевной болѣзни нерѣдко бываетъ нужно **послѣдовательное лѣченіе.** Выздоровѣвшаго, какъ я говорилъ, не нужно торопиться отпускать изъ больницы. Нужно дать ему окрѣпнуть и только постепенно вводить его въ жизнь. Сначала, если больному не были разрѣшены свиданія, слѣдуетъ позволить кратковременное свиданіе съ родными и знакомыми. Если не будетъ вредныхъ послѣдствій, то свиданія разрѣшаются чаще; наконецъ, больному позволяется выѣзжать домой. Иногда правильно посовѣтывать больному не сразу возвращаться въ свою обстановку, а сдѣлать путешествіе, поѣхать къ морю или въ деревню и только уже потомъ приниматься за свои занятія. Часто больные, выходящіе изъ лѣчебницы, представляютъ признаки очень большой утомляемости. Имъ нужно предписать не утомлять себя въ первое время ни занятіями, ни развлеченіями, а вести самый тихій и спокойный образъ жизни. Многіе больные при выздоровленіи сильно полнѣютъ и, чувствуя нѣкоторую вялость, приписываютъ это полнотѣ. Отъ этой послѣдовательной полноты лѣчиться какими нибудь ослабляющими мѣрами не слѣдуетъ.

Общественная Психіатрія.

Отношеніе къ душевно-больнымъ государства. — Общественное призрѣніе душевно-больныхъ. —Законодательство о душевно-больныхъ. Судебно-медицинская экспертиза.

Душевно-больные, какъ такіе члены общества, которые съ одной стороны сами не могутъ правильно устроить свою жизнь, а съ другой—представляютъ иногда значительную опасность для окружающихъ, составляютъ предметъ особаго попеченія государства. Во всѣхъ цивилизованныхъ государствахъ попеченіе о душевно-больныхъ составляетъ болѣе или менѣе значительную часть общественной и государственной жизни.

Задачи, которыя должны быть у государства по отношенію къ душевно-больнымъ и вообще по отношенію къ душевнымъ болѣзнямъ, сводятся къ слѣдующему.

1. Всѣ душевно-больные должны быть соотвѣтствующимъ образомъ устроены. Для этого прежде всего они должны быть по воз-

можности всѣ извѣстны и всѣ завѣдомо душевно-больные должны быть зарегистрированы. Соотвѣтственно свойствамъ болѣзни тѣ изъ нихъ, которые нуждаются въ лѣченіи, должны быть помѣщены въ подходящія лѣчебницы; кто нуждается въ одномъ призрѣніи подъ надзоромъ свѣдущихъ людей, для тѣхъ должны быть устроены благоустроенные пріюты; тѣ больные, которые, хотя и не вылѣчились, но могутъ жить на относительной свободѣ, — помѣщаются или за плату къ лицамъ, которыя берутся за ними ухаживать (patronage familial), или отдаются въ ихъ собственныя семьи, причемъ государство также заботится о томъ, чтобы больнымъ было удобно.

Главная забота государства должна быть, конечно, о бѣдныхъ душевно-больныхъ, которые не могутъ лѣчиться на свои средства. Тѣмъ не менѣе оно должно заботиться и о богатыхъ больныхъ: во первыхъ потому, что оно не можетъ заботу о больныхъ предоставить безъ контроля родственникамъ, которые могутъ небрежно и своекорыстно относиться къ больному, а во вторыхъ потому, что душевно-больной можетъ быть опасенъ и для другихъ членовъ общества, и, слѣдовательно, государство должно имѣть гарантію безопасности. Потому государство должно имѣть надзоръ и за душевно-больными, лѣчимыми дома, и за частными лѣчебницами, въ которыхъ содержатся состоятельные душевно-больные.

2. Государство должно имѣть заботу и объ имуществѣ душевно-больныхъ; поэтому необходимо должны быть выработаны соотвѣтствующие гражданскіе законы, съ одной стороны, ограничивающие правоспособность душевно-больныхъ, а съ другой—охраняющие ихъ имущество.

3. Въ виду того, что душевно-больные не могутъ, съ одной стороны, исполнять нѣкоторыхъ обязанностей, которыя лежатъ на всѣхъ членахъ государства, а, съ другой стороны, не могутъ и быть отвѣтственны въ проступкахъ, которые вмѣняются въ вину здоровымъ людямъ, то должны быть выработаны и соотвѣтствующіе уголовные законы и указаны способы ихъ примѣненія.

Наконецъ, 4, государство должно еще заботиться о мѣрахъ для предотвращенія психическихъ заболѣваній. Для этого прежде всего должно быть 1) обезпечено развитіе психіатріи какъ науки и соотвѣтствующее обученіе врачей, 2) должно быть направлено вниманіе на изученіе распространенія душевныхъ болѣзней, на зависимость ихъ отъ различныхъ этіологическихъ моментовъ, и затѣмъ должны быть приняты предупредительныя мѣры. Такъ, наприм., распростране-

ніе алкогольныхъ психозовъ можетъ быть значительно ослаблено соотвѣтствующими законодательными предписаніями.

Таковы задачи государства по отношенію къ душевно-больнымъ и душевнымъ болѣзнямъ. Онѣ сводятся слѣдовательно 1) на организацію призрѣнія душевно-больныхъ, 2) на установленіе правовыхъ отношеній душевно-больныхъ съ точки зрѣнія гражданскаго и уголовнаго права и 3) на изученіе свойства и распространенія душевныхъ болѣзней и профилактики ихъ. Нужно признаться, что пока еще ни одно государство не обняло всѣхъ сторонъ дѣла, потому что задачи государства по отношенію къ душевно-больнымъ стали ясно сознаваться лишь въ сравнительно недавнее время. Тѣмъ не менѣе въ послѣднее столѣтіе въ этомъ отношеніи сдѣланы большіе успѣхи, правда, далеко не одинаковые въ различныхъ государствахъ.

Излагая результаты мѣропріятій со стороны государства по отношенію къ душевно-больнымъ, я могу сдѣлать это лишь въ общихъ чертахъ, рекомендуя для болѣе подробнаго ознакомленія спеціальные книги и курсы, посвященные призрѣнію душевно-больныхъ и Судебной психопатологіи.

1. Заботы государства о распространеніи психіатрическихъ знаній и о борьбѣ съ развитіемъ душевныхъ болѣзней.

а) **Распространеніе психіатрическихъ знаній** обезпечивается прежде всего организаціей преподаванія ихъ въ спеціальныхъ медицинскихъ школахъ. Почти въ всѣхъ просвѣщенныхъ государствахъ врачебное образованіе соединено съ изученіемъ психіатріи, для чего государство обезпечиваетъ устройство психіатрическихъ каѳедръ и соотвѣтствующихъ клиникъ. Однако далеко еще не во всѣхъ государствахъ для полученія права на врачебную дѣятельность нужно сдать экзаменъ по психіатріи: такъ, напр., въ Германіи обязательнаго экзамена по психіатріи нѣтъ. Въ Россіи экзаменъ по психіатріи обязателенъ для всѣхъ врачей. У насъ въ нѣкоторыхъ университетахъ оффиціально каѳедра психіатріи соединена съ каѳедрой нервныхъ болѣзней, хотя въ нѣкоторыхъ университетахъ она фактически ведется отдѣльно. Въ большинствѣ германскихъ и французскихъ университетовъ психіатрія тоже составляетъ предметъ отдѣльный отъ ученія о нервныхъ болѣзняхъ; наоборотъ, послѣднее часто связано съ преподаваніемъ ученія о внутреннихъ болѣзняхъ.

Преподаваніе психіатріи въ фельдшерскихъ школахъ у насъ не обязательно, но допускается, если найдутся подходящіе лекторы.

Для государства весьма важно, чтобы съ психіатріей были знакомы и юристы, такъ какъ во всѣхъ просвѣщенныхъ государствахъ есть законы, относящіеся именно къ душевно-больнымъ, и для довольно частыхъ случаевъ примѣненія этихъ законовъ необходимо специальное знаніе. Эти знанія сообщаются юристамъ въ нашихъ университетахъ курсами судебной психопатологіи, знаніе которой однако не считается обязательнымъ для юристовъ, кончающихъ въ университетахъ, равно какъ и вообще знаніе судебной медицины. Это, разумѣется, составляетъ существенный пробѣлъ въ нашемъ юридическомъ образованіи; на него обращено русскими врачами вниманіе, выразившееся въ представленіи соотвѣтствующаго ходатайства по постановленію одного изъ врачебныхъ Съѣздовъ Пироговскаго Общества.

Спеціальнаго психіатрическаго Института, какъ высшаго ученаго учрежденія по психіатріи, соотвѣтствующаго Академическимъ Институтамъ по нѣкоторымъ другимъ отраслямъ знаній, нѣтъ ни въ одномъ государствѣ. За то почти во всѣхъ просвѣщенныхъ государствахъ существуютъ спеціальныя общества, посвященныя разработкѣ психіатрическихъ вопросовъ, а въ нѣкоторыхъ есть и союзы психіатровъ, организующіе время отъ времени психіатрическіе съѣзды. Въ Россіи есть четыре психіатрическихъ общества и существуетъ проектъ Всероссійскаго Союза, который объединилъ бы дѣятельность русскихъ психіатровъ и устраивалъ бы періодическіе съѣзды ихъ. Самостоятельный психіатрическій съѣздъ, устроенный по иниціативѣ правительства, былъ въ Москвѣ въ 1887 году; кромѣ того отдѣлы душевныхъ и нервныхъ болѣзней устраиваются съ того же 1887 года и на періодическихъ съѣздахъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова. Государства поощряютъ также международные съѣзды врачей, изъ которыхъ нѣкоторые посвящены исключительно психіатріи, другіе же всѣмъ отраслямъ медицины и душевнымъ болѣзнямъ, какъ одному изъ ея отдѣловъ.

Кромѣ этого развитію психіатрическихъ знаній способствуетъ въ высокой степени организація періодическихъ психіатрическихъ изданій. У насъ въ Россіи довольно много журналовъ, посвященныхъ психіатріи и невропатологіи. Изъ нихъ первые, возникшіе въ 1883 году,—„Архивъ Психіатріи“ проф. П. И. Ковалевскаго и „Вѣстникъ Психіатріи“ проф. И. П. Мержеевскаго.

б) Развитіе науки о душевныхъ болѣзняхъ даетъ матеріалъ и для борьбы съ распространеніемъ ихъ и указанія для **государственной психіатрической профилактики.** Правда, въ этомъ отношеніи сдѣлано довольно мало вслѣдствіе крайней трудности борьбы съ тѣми условіями,

которыя вызываютъ душевныя заболѣванія. Тѣмъ не менѣе нѣкоторыя мѣропріятія существуютъ. Такъ, по отношенію къ борьбѣ съ такимъ важнымъ этіологическимъ моментомъ какъ алкоголизмъ, существуетъ опредѣленная государственная дѣятельность, направленная къ ограниченію и урегулированію продажи спиртныхъ напитковъ (напр., государственная монополія, особенно соединенная съ запрещеніемъ мелкой продажи водки) и улучшенію ихъ качества. Правительствами поощряются: устройство спеціальныхъ комиссій, имѣющихъ цѣлью разработку мѣръ для борьбы съ пьянствомъ, организація попечительствъ для распространенія трезвости и спеціальные съѣзды, частные и международные, публичныя чтенія.

Забота о физическомъ здоровьѣ населенія является вообще одною изъ мѣръ общественной профилактики душевныхъ болѣзней, потому что на почвѣ физическаго общаго заболѣванія развиваются и душевныя болѣзни. Въ этомъ отношеніи государство и общественныя единицы заботятся объ оздоровленіи мѣстностей, о борьбѣ съ эпидеміями; для этого же существуютъ законодательства, регулирующія употребленіе ядовитыхъ веществъ въ нѣкоторыхъ промыслахъ, регулирующія время труда рабочихъ, защищающія женщину во время беременности, ограничивающія трудъ дѣтей. Въ смыслѣ профилактики имѣетъ значеніе правильная организація воспитанія.

Точно также государства поощряютъ устройство и дѣятельность комиссій, ставящихъ своею задачею постановку образованія и изученіе школьнаго переутомленія (комиссія послѣдняго рода, напр., работала во Франціи). Въ государствахъ, гдѣ существуетъ кретинизмъ, назначались комиссіи, изучавшія условія происхожденія этой болѣзни. Для борьбы съ вреднымъ вліяніемъ наслѣдственности имѣютъ, правда, лишь очень небольшое значеніе нѣкоторые законы, напр., ограничивающіе возможность брака опредѣленнымъ возрастомъ, а также запрещающіе браки съ безумными и сумасшедшими; а также законодательныя мѣры, имѣющія цѣлью бороться съ пьянствомъ и сифилисомъ.

Кромѣ законодательныхъ мѣръ большую роль въ профилактикѣ душевныхъ заболѣваній можетъ играть и распространеніе гигіеническихъ знаній въ народѣ, путемъ изданія популярныхъ книгъ, лекцій, народныхъ чтеній, и вообще дружныя усилія просвѣщенныхъ классовъ общества, имѣющія цѣлью увеличить количество общественнаго блага

Но вообще по отношенію къ государственной профилактикѣ душевныхъ болѣзней сдѣлано еще очень мало, что главнымъ образомъ объясняется тѣмъ, что сама наука не выработала многихъ прочныхъ

выводовъ и не дала указаній для такихъ дѣйствій, которыя, предотвращая душевныя болѣзни, не ставили бы препятствій для развитія разныхъ важныхъ сторонъ общественной жизни, напр., обученію, промышленности, торговлѣ и гармонировали бы съ правомъ личной свободы.

Кромѣ того, множество факторовъ, вліяющихъ на распространеніе душевныхъ болѣзней таковы, что ослабленіе ихъ требуетъ чрезвычайныхъ усилій и часто кореннаго переустройства общественныхъ отношеній и условій жизни. Такъ, напр., развитіе алкоголизма находится въ громадной зависимости отъ всего общественнаго строя и въ частности отъ пауперизма, и потому искорененіе алкоголизма должно быть тѣсно связано съ общественнымъ благоустройствомъ.

Какъ бы то ни было, но правительства всѣхъ просвѣщенныхъ государствъ имѣютъ своею задачею профилактику болѣзней вообще и душевныхъ въ частности. Для этого, между прочимъ, производятся изученіе вліянія этіологическихъ моментовъ и изученіе распространенія помѣшательства путемъ собиранія и изслѣдованія спеціальнаго статистическаго матеріала. Центральныя учрежденія, завѣдующія статистическими изслѣдованіями такого рода, различны въ различныхъ государствахъ; въ однихъ есть спеціальныя центральныя учрежденія по психіатрическимъ дѣламъ, въ другихъ такихъ спеціальныхъ центральныхъ учрежденій нѣтъ. Въ Россіи статистическій матеріалъ черезъ губернскія и областныя врачебныя управленія сообщается Медицинскому Департаменту Внутреннихъ Дѣлъ, которымъ полученный матеріалъ и обрабатывается.

Психіатрическій статистическій матеріалъ, сообщаемый въ центральныя учрежденія, впрочемъ далеко не полонъ. Лишь въ сравнительно немногихъ государствахъ центральному управленію сообщается о большинствѣ душевно-больныхъ государства, какъ пользуемыхъ на дому, такъ и въ больницахъ; въ очень многихъ доставляемыя свѣдѣнія ограничиваются лишь больными, находящимися на излѣченіи въ больницахъ и лѣчебницахъ; эти учрежденія обязаны представлять подробный отчетъ о своей дѣятельности. Въ высокой степени важно, чтобы отчеты отдѣльныхъ больницъ были сходны между собою, а потому центральными учрежденіями вырабатывается отдѣльная схема отчетности.

У насъ требуется представлять въ медицинскій департаментъ свѣдѣнія по слѣдующимъ рубрикамъ:

1. Вѣдомость объ общемъ движеніи больныхъ за годъ (сколько оставалось къ началу года, сколько поступило, выбыло, сколько остается къ слѣдующему году, сколько всего пользовано).

2. Вѣдомость о распредѣлении выбывшихъ по исходамъ (здоровыхъ, выздоравливающихъ, съ улучшеніемъ, безъ улучшенія, умерло: при этомъ обозначается причина смерти).

3. Вѣдомость о распредѣлении всѣхъ пользованныхъ (отдѣльно мужчинъ, женщинъ, съ указаніемъ, сколько оставалось къ началу года, поступило, выбыло, осталось къ концу года и всего пользовалось)

а) по мѣсту жительства,
б) по національности
в) по званію и сословію,
г) по брачному состоянію,
д) по возрастамъ (берутся обыкновенно пятилѣтія или десятилѣтія),
е) по образованію,
ж) по вѣроисповѣданію,
з) по формамъ болѣзни.

Затѣмъ отдѣльно относительно поступившихъ и выбывшихъ въ отчетномъ году отмѣчается:

а) форма болѣзни, продолжительность болѣзни до поступленія, а у выбывшихъ продолжительность болѣзни,
б) по занятію,
в) по причинамъ болѣзней. При этомъ отмѣчаются отдѣльно какія причины, во сколькихъ случаяхъ были у тѣхъ больныхъ, у которыхъ отмѣчено между причинами 1, наслѣдственное расположеніе, 2, алкоголизмъ въ восходящемъ поколѣніи, 3, наслѣдственность отрицается и 4, наслѣдственность неизвѣстна.

Затѣмъ сообщается 1, о несчастныхъ случаяхъ, бывшихъ въ заведеніяхъ, самоубійствахъ, покушеніяхъ, убійствахъ, поврежденіяхъ, побѣгахъ, пожарахъ; 2, о системахъ, которыми пользуются при лѣченіи. 3, о занятіяхъ больныхъ; 4, развлеченіяхъ. 5, объ общемъ числѣ больничныхъ дней, среднемъ числѣ больныхъ за день, и наименьшее и наибольшее количество больныхъ.

Наконецъ, сообщается о составѣ медицинскаго персонала больницы, о его движеніи и содержаніи, о расходахъ на содержаніе больныхъ и общемъ числѣ коекъ въ больницѣ. Въ заключеніе прилагается таблица, указывающая на движеніе больныхъ по формамъ болѣзни, причемъ въ руководство принимается классификація медицинскаго департамента, о которой было сказано въ главѣ о классификаціи.

Отчеты большинства больницъ, особенно земскихъ, не ограничиваются этимъ минимумомъ требованій, а представляютъ изъ себя болѣе или менѣе подробный обзоръ жизни и дѣятельности психіатрическаго заведенія за данный періодъ. Многіе изъ нихъ являются вполнѣ научными трудами, которые содержатъ въ себѣ богатый матеріалъ для цѣлаго ряда выводовъ. Чтобы дать понятіе объ ихъ содержаніи, я перечислю вкратцѣ оглавленія отчетовъ д—ра В. И. Яковенко по Покровской психіатрической больницѣ Московскаго Губернскаго Земства:

Персоналъ больницы, распредѣленіе работы, перемѣны въ составѣ (врачи надзиратели старшіе и младшіе, палатная прислуга и другіе служащіе. При этомъ дается подробный отчетъ о продолжительности службы ихъ, причинахъ къ увольненію, распредѣленіи занятій, мѣропріятіяхъ для улучшенія условій ихъ работы и жизни). Распредѣленіе больныхъ по зданіямъ, кубическое со-

держаніе воздуха и площадь на одного больного Отопленіе, увлажненіе и вентиляція (здѣсь приводятся цифровые результаты наблюденій за дѣйствіемъ новыхъ системъ отопленія и вентиляціи), освѣщеніе и водоснабженіе Приводятся цифровыя данныя, могущія дать понятіе о количествѣ затраты двигательной энергіи и матеріаловъ, удаленіе грязныхъ водъ (канализація), одежда, бѣлье, обувь больныхъ (цифровыя данныя, указывающія на наличность каждаго предмета, траты), мебель, посуда (наличность, трата, особенности конструкціи), пищевое довольство (съ ежедневнымъ расписаніемъ и обозрѣніемъ различныхъ меню и общаго расхода продуктовъ и стоимости ихъ на всѣхъ и каждаго въ отдѣльности больного). Распредѣленіе дня больныхъ; удовлетвореніе религіозныхъ потребностей (отмѣчается число посѣщеній церковныхъ службъ), развлеченія больныхъ Работы больныхъ (число работающихъ мужчинъ и женщинъ по мѣсяцамъ въ абсолютныхъ и процентныхъ величинахъ, число рабочихъ дней въ мѣсяцъ, максимумъ, минимумъ и среднее ежедневное число работавшихъ, общее количество шести-часовыхъ рабочихъ дней, число рабочихъ дней, падающихъ на каждаго работника въ абсолютномъ и процентномъ отношеніи, перечисленіе предмета работъ (внутреннихъ и внѣшнихъ) съ указаніемъ общаго числа затраченныхъ на каждый предметъ часовъ; распредѣленіе работавшихъ мужчинъ и женщинъ по формамъ болѣзни, съ указаніемъ общаго числа всѣхъ больныхъ данной формой, числа рабочихъ больныхъ каждой формой, числа шести-часовыхъ рабочихъ дней, средняго числа дней работы, падающихъ на одного работавшаго больного, числа дней проведенныхъ въ больницѣ рабочими больными, процентное отношеніе числа рабочихъ дней къ числу дней, проведенному въ больницѣ) Организація ухода и надзора. Постельный режимъ (распредѣленіе по формамъ съ указаніемъ числа всѣхъ больныхъ данной формой и числа пользовавшихся постельнымъ режимомъ; общаго числа дней, проведенныхъ всѣми больными и проведенныхъ пользовавшимися постельнымъ режимомъ въ постели и внѣ постели; процентное отношеніе числа постельныхъ больныхъ къ непостельнымъ и числа постельныхъ дней къ непостельнымъ по отношенію ко всѣмъ больнымъ данной формы вообще и въ частности по отношенію къ числу дней, проведенныхъ въ больницѣ постельниками; поводы побудившіе къ избранію постельнаго режима тоже по формамъ болѣзни) Разныя происшествія, несчастные случаи, порча вещей больными, взаимныя столкновенія, нападенія, побѣги и т п. Ванны, клизмы, сонъ, изоляція (въ этой графѣ отдѣльно для мужчинъ и женщинъ по формамъ отмѣчается число отдѣльныхъ проявленій, какъ-то: отказовъ отъ пищи, искусственнаго дѣйствія кишечника, клизмъ и слабительныхъ, неопрятности каломъ и мочей, копрофагіи, пачканья экскрементами, онанизма, недостаточность сна и полной безсонницы, употребленія снотворныхъ, попытокъ къ бѣгству, къ самоубійству, самоистязанію, нападенію на больныхъ, служителей, надзирателей, врачей; случаевъ, когда больной самъ испыталъ нападеніе, порчи вещей, стеколъ, посуды, бѣлья, различныхъ вещей, костюма, шапокъ, обуви, постельныхъ принадлежностей; изоляцій временной, суточной, съ открытой дверью: гидротерапіи -лѣчебныхъ ваннъ, мыльныхъ ваннъ, купанья, душъ; исчисленіе ведется по отношенію къ числу больныхъ, къ которымъ данное проявленіе относится, и лишь по отношенію къ копрофагіи, къ количеству случаевъ, хотя бы и одного и того же больного; особенное вниманіе обращается на число неопрятныхъ, причемъ происходитъ сравненіе ко-

личества ихъ абсолютнаго и процентнаго по годамъ. Точно также относительно другихъ важныхъ проявленій, какъ нападенія, покушенія, изоляцій, количества снотворныхъ и пр. производятся такія же сравненія по годамъ, изъ чего можно сдѣлать выводъ объ измѣненіи въ характерѣ проявленій изъ года въ годъ). Инструменты и научныя пособія (перечень) Медицинская библіотека, общая библіотека, напечатанныя работы врачей. Ближайшія нужды больницы. Сельскохозяйственная ферма (описаніе, числовыя данныя о продуктахъ, работѣ и инвентарѣ) Ремонтныя работы. Отчетъ по аптекѣ (денежные расходы и трата аптечныхъ предметовъ). Амбулаторія. Пріемъ душевно-больныхъ въ больницу (число просьбъ о помѣщеніи мужчинъ и женщинъ, число отказовъ, число доставленныхъ больныхъ; распредѣленіе желавшихъ поступить по уѣздамъ, эвакуація больныхъ) Движеніе больныхъ (по тѣмъ рубрикамъ, которыя требуются для отчетовъ медицинскаго департамента, съ нѣсколько большею дробностью, напр., относительно мѣстожительства отмѣчается не только уѣздъ, но и волость; кромѣ того прибавляются рубрики, который разъ въ психіатрической больницѣ вообще и въ данной въ частности; въ какомъ возрастѣ заболѣлъ, причемъ свѣдѣнія отдѣльны для заболѣвшихъ въ первый разъ и для повторно заболѣвшихъ, у которыхъ отмѣчается начало перваго приступа. Движеніе больныхъ по формамъ регистрируется не по номенклатурѣ медицинскаго департамента, а по номенклатурѣ, болѣе удовлетворяющей научнымъ требованіямъ: отмѣчаются признаки вырожденія у поступившихъ по числу отдѣльныхъ признаковъ, перечень этіологическихъ моментовъ, указанныхъ въ анамнезѣ, наслѣдственность, съ указаніемъ на ея характеръ—прямая, восходящая, боковая восходящая и со стороны братьевъ и сестеръ больныхъ, и нисходящая, причемъ указывается и названіе болѣзней, которыми страдали родственники; особенное вниманіе обращается на потомство больныхъ, опредѣленіе ихъ свойствъ; распредѣленіе по возрасту) Отчетъ по отдѣльнымъ формамъ составляется очень подробно съ сопоставленіемъ ряда цифръ изъ анамнеза и теченія болѣзни.

Вторую часть отчета составляетъ обзоръ другихъ мѣръ, относящихся къ земскому попеченію о душевно-больныхъ—лѣченіе въ другихъ больницахъ, пособія на дому, участіе земскихъ врачей (не психіатровъ) въ надзорѣ за душевно-больными, ходъ постройки душевной больницы, статистика душевно-больныхъ въ губерніи и постановленія земскаго собранія, касающіяся психіатрическаго дѣла. Въ заключеніе прилагается подробная бухгалтерская вѣдомость расходовъ по отдѣламъ, главныя группы: а) расходы по больницѣ: жалованье служащихъ, продовольствіе служащихъ, продовольствіе больныхъ, отопленіе зданій, освѣщеніе зданій, водоснабженіе, стирка бѣлья, ремонтъ бѣлья и платья, ремонтъ инвентаря, разныя хозяйственныя нужды, медикаменты, покупка и ремонтъ медицинскихъ инструментовъ, книгъ и журналовъ, развлеченія и работы больныхъ, почтовые и канцелярскіе расходы, церковныя требы, отправка выписываемыхъ больныхъ, страхованіе зданій, разъѣзды, экстренные расходы, ремонтъ зданій; б) расходы по имѣнію: содержаніе служащихъ, содержаніе лошадей, скота, пополненіе инвентаря, перевозка грузовъ, огородъ, сѣнокосъ, полевое хозяйство, разные расходы [1]).

[1]) Нѣкоторые русскіе психіатры рекомендуютъ еще другія графы для отчетовъ. Такъ, М. В. Игнатьевъ, много потрудившійся по составленію отчетовъ о движеніи душевно-больныхъ въ Россіи, рекомендуетъ указывать также чис-

Я нарочно привелъ схему одного изъ отчетовъ русскихъ земскихъ больницъ, чтобы начинающіе врачи могли увидать всю серьезность, съ какою относятся земскіе психіатры къ своему дѣлу. Понятно, что для того, чтобы составить такой отчетъ, необходимо вести подробнѣйшую ежедневную отчетность относительно всего, что происходитъ въ больницѣ; для этого существуетъ цѣлый рядъ вѣдомостей, въ которыхъ отмѣчается происходящее по той или другой отрасли. Первые подробные и весьма поучительные образцы подобнаго рода вѣдомостей представлены были д-ромъ Л. Ф. Рагозинымъ на съѣздъ отечественныхъ психіатровъ въ 1887 году.

2. Организація призрѣнія душевно-больныхъ.

Что касается организаціи призрѣнія душевно-больныхъ, то въ различныхъ государствахъ она достигла не одинаковой степени развитія. Было время, когда больные или запирались въ тюрьмы, или помѣщались въ монастыри, оставлялись на произволъ судьбы, или, какъ во многихъ странахъ запада, къ чести нашей нужно сказать, не въ Россіи,—сжигались на кострахъ. Но уже давно сознавалась необходимость заботы о нихъ со стороны государства. Спеціальные дома для помѣщенія умалишенныхъ впервые стали появляться на Востокѣ, у арабовъ, въ Каиро, Багдадѣ, Фецѣ. На Европейскомъ материкѣ, сколько извѣстно, они впервые появились въ Испаніи, въ которой вліяніе арабской цивилизаціи отражалось довольно сильно. Затѣмъ уже въ XVI вѣкѣ существовалъ домъ для умалишенныхъ въ Нюрнбергѣ, а въ XVII были устроены дома для умалишенныхъ во Франціи и другихъ городахъ Западной Европы. Правда, они носили характеръ тюремъ и крѣпостей до тѣхъ поръ, пока въ концѣ XVIII вѣка свѣтъ гуманности и знанія не проникъ и за ихъ мрачныя стѣны. Съ того времени число больницъ для душевно-больныхъ и благоустройство ихъ стало быстро возрастать. Въ Западной Европѣ и Сѣверной Америкѣ появилось много „домовъ для умалишенныхъ“, устроенныхъ по планамъ, выработаннымъ при участіи психіатровъ. Они строились и на счетъ государствъ, и на счетъ городовъ и общинъ, и на счетъ частныхъ лицъ. Хотя все еще многіе продолжали по привычкѣ отдавать своихъ больныхъ въ монастыри, но и послѣдніе должны были измѣнить способъ призрѣнія душевно-больныхъ и устроить для нихъ спеціальныя, болѣе удобныя помѣщенія, въ которыхъ уходъ за больными поручался или монахамъ, или

ловыя свѣдѣнія о переходѣ соотвѣтственныхъ первичныхъ формъ во вторичныя, о движеніяхъ арестантовъ, находящихся на испытаніи или излеченіи, о соматическихъ заболѣваніяхъ, о среднемъ распредѣленіи больныхъ по отдѣленіямъ, о результатахъ вскрытія.

особымъ братьямъ и сестрамъ милосердія. До сихъ поръ еще въ католической части Германіи и во Франціи много подобныхъ монастырскихъ больницъ, но онѣ чрезвычайно отстали отъ государственныхъ и общественныхъ какъ по удобству помѣщенія, такъ и особенно по значенію медицинскому: врачи въ такого рода больницахъ играютъ гораздо меньшую роль, чѣмъ духовныя лица, что отражается не только на научной сторонѣ веденія дѣла, но и на гуманности въ уходѣ: въ Западной Европѣ именно въ монастырскихъ больницахъ и держится весьма упорно до сихъ поръ система грубаго механическаго стѣсненія. Наоборотъ, государственныя и общественныя больницы совершенствуются все болѣе и болѣе; увеличивается количество больницъ—колоній и больницъ съ системой „открытыхъ дверей"; больницы пріобрѣтаютъ характеръ удобныхъ и комфортабельно обставленныхъ жилищъ. Благодаря улучшенію больницъ и ихъ дѣятельность стала плодотворнѣе; вслѣдствіе этого является и бо́льшая потребность въ нихъ, такъ какъ населеніе все охотнѣе и охотнѣе помѣщаетъ своихъ больныхъ въ эти учрежденія и не только въ случаяхъ опасности или безнадежности, какъ было прежде, а въ началѣ болѣзни съ цѣлью излѣченія. Благодаря этому и процентъ выздоровленія душевно-больныхъ увеличивается. Правительства и представители обществъ проникаются сознаніемъ, что лѣчебница является самымъ могущественнымъ средствомъ для лѣченія душевныхъ болѣзней и ставятъ своею задачею дать возможность каждому больному, бѣдному и богатому, воспользоваться этимъ средствомъ лѣченія. Это въ свою очередь ведетъ къ сознанію необходимости устроить стройную организацію призрѣнія душевно-больныхъ.

Въ различныхъ государствахъ идея организаціи призрѣнія душевно-больныхъ осуществилась въ различныхъ формахъ. Общая схема этой организаціи такова: во главѣ ея должно быть центральное учрежденіе въ видѣ Совѣта по дѣламъ о душевно-больныхъ; въ немъ должны принимать участіе врачи-психіатры и представители другихъ заинтересованныхъ вѣдомствъ. Въ этомъ высшемъ психіатрическомъ Совѣтѣ должны быть сосредоточены всѣ дѣла по дѣламъ душевно-больныхъ; здѣсь должны вестись списки всѣхъ больныхъ, какъ лѣчащихся на дому, въ семьяхъ, такъ и въ больницахъ. Больницы для душевно-больныхъ находятся въ извѣстной зависимости отъ этого центральнаго учрежденія, посылаютъ туда отчеты и руководствуются опредѣленными инструкціями. Больницъ для душевно-больныхъ должно быть столько, чтобы каждый нуждающійся въ лѣченіи и спеціальномъ уходѣ и каждый сколько-нибудь опасный для себя или окружающихъ могъ найти въ нихъ соотвѣтствующее своему культурному состоянію

помѣщеніе. Эти больницы должны устраиваться и за счетъ общегосударственныхъ суммъ, и за счетъ областей, общинъ и городовъ. Могутъ быть и частныя больницы, но подъ контролемъ государства Въ больницахъ лѣченіе для неимущихъ должно быть даровое, а для имѣющихъ опредѣленныя средства—оплачиваемое. Прибавлю, что, какъ уже было мною сказано въ главѣ о лѣченіи, при правильной постановкѣ психіатрическаго дѣла, въ государствѣ должны быть особыя лѣчебницы для собственно психическихъ больныхъ и особыя для идіотовъ, эпилептиковъ и алкоголиковъ. Для того, чтобы въ лѣчебницахъ, устроенныхъ для острыхъ больныхъ, не скоплялось большого количества хрониковъ, организуется тотъ или другой способъ эвакуаціи—или въ особыя пріюты для хрониковъ, или въ семьи лицъ, берущихъ къ себѣ на содержаніе душевно-больныхъ (patronage familial), или, наконецъ, въ свои семьи, причемъ государство или община выдаетъ неимущимъ на содержаніе больныхъ денежное пособіе (пособіе на дому).

Въ виду того, что душевно-больные часто не могутъ сами сознавать погребности въ лѣченіи, а родственники не всегда правильно понимаютъ свои обязанности къ душевно-больнымъ, государство заботится, чтобы лѣченіе душевно-больныхъ и устраненіе опасности отъ нихъ для членовъ общества дѣлалось какъ можно ранѣе. Поэтому устанавливаются законы, по которымъ о каждомъ душевно-заболѣвшемъ должно быть тотчасъ донесено въ соотвѣтствующую инстанцію, послѣ чего мѣстный комитетъ по дѣламъ душевно-больныхъ долженъ обсудить, возможно-ли допустить домашнее лѣченіе, предоставивъ устроить его роднымъ больного, или нужно непремѣнно помѣстить больного въ лѣчебницу. Если больной останется дома, и особенно если онъ помѣщается въ частной семьѣ *за плату*, то члены мѣстнаго комитета посредствомъ участвующихъ въ нихъ психіатровъ наблюдаютъ, правильно-ли содержится больной, не употребляется ли относительно его мѣръ насилія. Если будетъ констатирована неправильность по отношенію къ больному, то онъ помѣщается въ лѣчебницу.—Что касается больныхъ, находящихся въ лѣчебницахъ, то они тоже не предоставляются исключительно администраціи и врачамъ лѣчебницъ; государствомъ устраиваются областныя психіатрическія управленія, члены которыхъ въ качествѣ инспекторовъ, наблюдаютъ за веденіемъ дѣла въ лѣчебницахъ, а также за призрѣніемъ по системѣ семейнаго призрѣнія.

Имѣя въ виду обезпечить лѣченіе душевно-больныхъ и общественную безопасность, государство ставитъ также своею задачею оградить имущественные интересы больныхъ и ихъ наслѣдниковъ, для чего

устанавливается въ той или другой формѣ опека надъ имуществомъ больныхъ

Облегчая помѣщеніе душевно-больныхъ въ лѣчебницы, представители администраціи съ другой стороны должны заботиться, чтобы кто-либо изъ гражданъ не былъ лишенъ свободы подъ предлогомъ душевной болѣзни, не будучи душевно-больнымъ; такимъ образомъ устанавливаются извѣстныя формальности поступленія въ психіатрическую больницу и надзоръ за контингентомъ лицъ въ больницахъ содержимыхъ.

Къ дѣятельности государства должно относиться также обезпеченіе тѣхъ лицъ, которыя по выходѣ изъ больницы, хотя бы и выздоровѣвшими, находятся въ невозможности жить безъ матеріальной поддержки Имъ должна быть оказываема матеріальная и нравственная помощь, что достигается между прочимъ организаціей благотворительныхъ обществъ при отдѣльныхъ больницахъ.

Такова въ общихъ чертахъ довольно сложная схема организаціи призрѣнія душевно-больныхъ. Въ нѣкоторыхъ государствахъ она осуществлена въ довольно значительной степени, въ другихъ далека еще до сколько нибудь сноснаго осуществленія. Разница въ этомъ отношеніи зависитъ и отъ степени культурности страны, и отъ ея богатства: правильное призрѣніе душевно-больныхъ требуетъ затраты большихъ денегъ

Пальма первенства въ дѣлѣ организаціи попеченія о душевно-больныхъ принадлежитъ Шотландіи. Тамъ всѣ дѣла о душевно-больныхъ находятся въ завѣдываніи одного вѣдомства—„бюро коммиссаровъ по дѣламъ душевно-больныхъ" въ Эдинбургѣ. Въ нихъ ведется полный списокъ душевно-больныхъ—и богатыхъ, и бѣдныхъ. Если заболѣетъ кто-либо изъ богатыхъ людей, то объ этомъ доносится коммиссарамъ, какъ только болѣзнь выяснится. Если врачъ приметъ на себя обязанности попеченія о больномъ въ его собственной семьѣ, притомъ *безъ примѣненія механическаго стѣсненія*, то позволяется лѣченіе домашнее. Если же и богатаго больного захотятъ перемѣстить въ *чужую* семью, то для этого нужно разрѣшеніе коммиссаровъ, да и это возможно только на первые шесть мѣсяцевъ. Частныя лѣчебницы находятся подъ контролемъ коммиссаровъ, и кромѣ того для богатыхъ больныхъ дается возможность лѣчиться со всѣмъ привычнымъ для нихъ комфортомъ въ пансіонатахъ, устроенныхъ при казенныхъ и общественныхъ больницахъ — Бѣдные больные находятся подъ особымъ попеченіемъ государства. Какъ только кто-нибудь изъ бѣднаго класса заболѣетъ, объ этомъ сообщается инспектору для бѣдныхъ, а онъ извѣщаетъ объ этомъ бюро коммиссаровъ и распоряжается перемѣщеніемъ больного въ

соотвѣтствующее заведеніе для душевно-больныхъ. Заведенія для душевно-больныхъ Шотландіи устроены образцово. Во многихъ проведена система „открытыхъ дверей“. Если болѣзнь не кончилась выздоровленіемъ, то больной или перемѣщается въ отдѣленія для душевно-больныхъ при домахъ для бѣдныхъ, или устраивается по системѣ patronage familial за счетъ общины или государства. По системѣ patronage familial въ Шотландіи призрѣвается около $^{1}/_{5}$ всѣхъ душевно-больныхъ (въ 1897 г. изъ 14906 больныхъ — 2767). Больные содержатся тамъ согласно извѣстному условію и контролируются (правда, слишкомъ рѣдко) инспекторами для бѣдныхъ. Такимъ образомъ каждый больной въ Шотландіи находитъ себѣ подходящее мѣсто.

Нѣсколько хуже стоитъ дѣло въ Англіи, но и тамъ дѣла о душевно-больныхъ поручены лорду канцлеру и особому бюро коммиссаровъ; громадное большинство больныхъ зарегистрировано, и большинство изъ нихъ находитъ себѣ болѣе или менѣе удобное помѣщеніе.

Въ другихъ государствахъ съ бо́льшимъ или меньшимъ успѣхомъ преслѣдуются тѣ же цѣли. Правительства путемъ спеціальнаго законодательства заботятся, чтобы душевно-больные лѣчились и призрѣвались правильно, возлагая это частью на обязанность городовъ, департаментовъ, кантоновъ, общинъ, земствъ, частью на представителей администраціи и родственниковъ больныхъ. При этомъ въ нѣкоторыхъ государствахъ особенное вниманіе обращается на то, чтобы больные лѣчились, а въ другихъ на то, чтобы другіе члены общества были въ безопасности отъ вредныхъ поступковъ душевно-больныхъ (Италія). Въ послѣднихъ *обязательно требуется помѣщеніе опасныхъ больныхъ*, и больные, которые еще опасны, не могутъ выписываться изъ заведеній, даже если-бы это пожелали ближайшіе родственники.

Не мѣшаетъ прибавить, что въ нѣкоторыхъ государствахъ западной Европы, особенно въ Швейцаріи, порядочную роль въ дѣлѣ попеченія о душевно-больныхъ играютъ спеціальныя благотворительныя общества, заботящіяся частью о помѣщеніи и содержаніи больныхъ въ заведеніяхъ, частью о выбывающихъ изъ заведеній выздоровѣвшихъ больныхъ.

У насъ въ Россіи общей организаціи дѣла призрѣнія душевно-больныхъ съ опредѣленнымъ широкимъ планомъ пока еще не выработалось не только для всего государства, но даже для отдѣльныхъ губерній. Это обусловливается, съ одной стороны, величиною нашего отечества, съ другой — недостаточно развитымъ въ обществѣ сознаніемъ потребности устраивать душевно-больныхъ правильно, а отчасти и нашею сравнительно денежною бѣдностью, такъ какъ на постройку боль-

шихъ заведеній требуются очень большія суммы, да и на содержаніе больныхъ тоже. Тѣмъ не менѣе забота о томъ, чтобы душевно-больные лѣчились и призрѣвались, вызвала рядъ мѣропріятій съ давнихъ временъ.

Издавна въ Россіи умалишенные пользовались большимъ вниманіемъ духовенства и народа. Нѣкоторые изъ нихъ считались „порчеными“, одержимыми „бѣсомъ“ и избавлялись отъ „порчи“ молитвою духовныхъ лицъ въ монастыряхъ; другіе считались „блаженными“, „юродивыми“ и къ нимъ относились съ особымъ почтеніемъ; они тоже часто находили себѣ пріютъ въ монастыряхъ. — Слѣды этого существуютъ и до сихъ поръ и не только въ захолустьяхъ, но и въ Москвѣ, гдѣ при Симоновомъ монастырѣ живетъ, правда не въ его стѣнахъ,—довольно большое количество больныхъ, которыхъ „отчитываетъ“ монастырскій монахъ.

До сихъ поръ еще взглядъ на душевно-больныхъ, какъ на порченыхъ, у насъ очень распространенъ, и не легко убѣдить некультурныхъ лицъ, что въ больномъ — болѣзнь, а не „бѣсъ“. И теперь люди изъ простого народа и малообразованнаго купечества, прежде чѣмъ обратиться съ душевно больнымъ къ врачу, пробуютъ всевозможныя лѣченія отъ порчи и водятъ больныхъ по монастырямъ и часовнямъ. Очень часто, прежде чѣмъ привести больного въ нашу клинику, его нѣсколько ночей водятъ на Никольскую къ часовнѣ св. Пантелеймона, гдѣ иногда бываетъ скопленіе порядочнаго числа такихъ „одержимыхъ“ или „кликушъ“.—Если это дѣлается теперь, то понятно, что въ прежнее время это было въ гораздо бо́льшей степени и монастыри явились естественными пріютами и мѣстами исцѣленія душевно-больныхъ. Ненормальность этого созналъ великій преобразователь Петръ I-й, издавшій въ 1723 году указъ: „сумасбродныхъ и подъ видомъ изумленія бываемыхъ, каковые напредъ сего аки для исцѣленія посылались въ монастыри, таковыхъ отнынѣ въ монастыри не посылать“,—однако другихъ мѣстъ призрѣнія не было устроено, вслѣдствіе чего указъ этотъ, изданный незадолго до смерти Петра I, остался безъ результата. Основаніе устройству больницъ для умалишенныхъ положилъ въ 1762 году Петръ III такою резолюціею на одинъ изъ докладовъ сената: „безумныхъ не въ монастыри отдавать, но построить на то нарочитый домъ, какъ то обыкновенно въ иностранныхъ государствахъ учреждены долгаузы“. „Долгаузы“ (передѣлано изъ слова Tollhaus) однако еще долго не были устроены. Екатерина II поручила Академіи наукъ представить свѣдѣнія о домахъ умалишенныхъ заграницею. Вѣроятно, въ связи съ этимъ обращеніемъ находится сохранившійся въ числѣ бумагъ извѣстнаго историка Г. Ф. Миллера, умершаго въ 80-хъ годахъ

XVIII столѣтія, проектъ объ учрежденіи дома для безумныхъ, въ которомъ говорится о цѣломъ рядѣ правилъ для устройства такихъ домовъ и способахъ содержанія въ немъ; между прочимъ сказано: что въ немъ должны быть „окошки съ желѣзными рѣшетками въ такой вышинѣ, что бѣшеные руками достать не могутъ; нѣкоторыхъ приковываютъ къ стѣнѣ цѣпью; у нихъ нѣтъ ни стульевъ, ни столовъ, ни вилокъ, ни кроватей, а спятъ на полу". Между прочимъ интересно, что въ проектѣ говорится, что при домахъ „фабрики суконныя, шелковыя и полотняныя и другія въ пользу домовъ учреждены быть могутъ съ тѣмъ, чтобы содержащіеся въ оныхъ домахъ люди, къ такимъ работамъ способные, въ оныхъ фабрикахъ работали". Въ 1775 г. съ учрежденіемъ Приказа общественнаго призрѣнія попеченіе о душевно-больныхъ возложено на него. Приказъ долженъ былъ въ губернскихъ городахъ устроить особые дома, причемъ говорилось такъ: „Въ разсужденіи установленія и надзиранія дома для сумасшедшихъ Приказу общественнаго призрѣнія надлежитъ имѣть попеченіе, чтобы домъ избранъ былъ просторный и кругомъ крѣпкій, чтобы утечки изъ него учинить не можно было. Таковой домъ снабдить нужно пристойнымъ, добросердечнымъ, твердымъ и исправнымъ надзирателемъ и нужнымъ числомъ людей для смотрѣнія, услуженія и прокормленія сумасшедшихъ, къ чему нанимать можно или изъ отставныхъ солдатъ добрыхъ и исправныхъ или же иныхъ людей за добровольную плату, кои обходились бы съ сумасшедшими человѣколюбиво, но при томъ имѣли-бы крѣпкое и неослабное во всякое время смотрѣніе, чтобы сумасшедшій самъ себѣ и никому вреда не учинилъ, и для того держать сумасшедшихъ по состоянію сумасшествія или каждаго особо въ заперти, или же въ такомъ мѣстѣ, гдѣ отъ него ни опасности, ни вреда учиниться не можетъ, и приложить стараніе объ ихъ излеченіи. Сумасшедшихъ неимущихъ принимать безденежно, а имущихъ имѣніе принимать въ домъ не иначе, какъ за годовую плату на содержаніе, присмотръ и на приставниковъ"[1]). Въ силу этого установленія былъ устроенъ въ 1776 году первый домъ такого рода въ Новгородѣ, а послѣ того и въ другихъ мѣстахъ Россіи. Большею частью дома для душевно-больныхъ составляли особыя отдѣленія губернскихъ больницъ Приказа. Такъ какъ зданія Приказа въ старое время красились въ дешевую желтую краску, то больницы для душевно-больныхъ получили прозвище „желтыхъ домовъ".

---

[1]) И. В. Константиновскій „Русское законодательство объ умалишенныхъ". Докладъ на 1-мъ съѣздѣ психіатровъ 1887 г.

Въ этой книгѣ содержится весьма цѣнный матеріалъ по исторіи законодательства о душевно-больныхъ въ разныхъ странахъ, а особенно русскаго

Устройство ихъ было примитивное: тѣснота и грязь помѣщеній, суровое обращеніе, полное отсутствіе лѣченія, широкое примѣненіе мѣръ стѣсненія, такъ что еще въ началѣ 80 годовъ кое-гдѣ употреблялось и приковываніе больныхъ длинными цѣпями къ стѣнамъ помѣщенія. Правда, въ Петербургѣ была въ первой половинѣ XIX столѣтія устроена и гораздо лучше обставленная, такъ называемая больница „Всѣхъ скорбящихъ“, но она была одна. Психіатровъ было очень немного, такъ какъ и преподаваніе ученія о душевныхъ болѣзняхъ было примитивное. Только во второй половинѣ XIX столѣтія явились психіатрическія клиники (первая въ Петербургѣ, при Медико-хирургической Академіи, подъ руководствомъ проф. И. М. Балинскаго) и преподаваніе психіатріи было поставлено на болѣе правильную ногу. Благодаря этому явилась возможность измѣнить къ лучшему и дѣло призрѣнія, тѣмъ болѣе, что это совпало съ преобразованіемъ всего дѣла общественнаго призрѣнія въ Россіи съ введеніемъ земскихъ учрежденій.

Дурное состояніе домовъ для умалишенныхъ Приказа обратило на себя вниманіе еще въ 40 годахъ. Императоръ Николай I, будучи въ Англіи, живо интересовался тѣмъ шагомъ впередъ, который сдѣлало въ Англіи призрѣніе душевно-больныхъ, особенно благодаря гуманному вліянію Вильяма Тьюка, и, вѣроятно, въ связи съ этимъ въ сороковыхъ годахъ былъ назначенъ особый комитетъ для переустройства дѣла попеченія о душевно-больныхъ. Этотъ комитетъ предположилъ устроить „окружные дома для умалишенныхъ“ по одному на цѣлый районъ губерніи. Однако устройство окружныхъ домовъ замедлилось, и лишь въ 1860 годахъ была выстроена окружная больница въ Казани. Взгляды правительства измѣнились: оно считало возможнымъ передать дѣло устройства больницъ для душевно-больныхъ земствамъ, къ которымъ перешли въ большинствѣ губерній обязанности и капиталы Приказа общественнаго призрѣнія. Правительство изъявило желаніе помочь земствамъ въ устройствѣ больницъ для душевно-больныхъ, уплачивая часть стоимости построекъ. Принятыя земствомъ отдѣленія для душевно-больныхъ скоро оказались крайне недостаточны, и необходимо было устроить новыя больницы, тѣмъ болѣе, что представители администраціи, въ силу указа сената отъ 15 іюля 1875 года считали, что земства не могутъ отказывать въ пріемѣ душевно-больнымъ, нуждающимся въ помѣщеніи, мотивируя свой отказъ неимѣніемъ мѣстъ, а должны строить или нанимать новыя помѣщенія. Въ связи съ этимъ и сознаніе настоятельной потребности населенія заставило большинство земствъ переустроить свои отдѣленія для душевно-больныхъ и устроить новыя больницы, удовлетворяющія современнымъ требованіямъ. Благодаря

энергіи нѣкоторыхъ земствъ дѣло двинулось довольно быстро впередъ, такъ что въ настоящее время количество больныхъ, призрѣваемыхъ въ земскихъ больницахъ увеличилось болѣе чѣмъ въ 10 разъ противъ того, которое было въ нихъ 20—30 лѣтъ назадъ. Сами больницы значительно улучшились: во многихъ уничтожены стѣснительныя мѣры, введены работы въ мастерскихъ, въ огородѣ и полѣ. Процентъ излѣченія значительно поднялся.

Въ неземскихъ губерніяхъ дѣло стоитъ значительно хуже. Въ послѣднее время тамъ впрочемъ устроены больницы, имѣющія значеніе окружныхъ больницъ (для нѣсколькихъ губерній). Такова больница въ Творкахъ близъ Варшавы и Винницкая больница въ Юго-западномъ краѣ. Вообще за послѣднее время осуществляется опять идея устройства окружныхъ больницъ за счетъ государства, которыя могли бы обслуживать нѣсколько губерній, при чемъ однако предполагается, что въ этихъ больницахъ будутъ лишь хроническіе больные, между тѣмъ какъ для острыхъ должны устраиваться спеціальныя больницы земствами и городскими обществами. Рядомъ съ увеличеніемъ числа больницъ общественныхъ и правительственныхъ стали появляться и постепенно увеличиваться въ числѣ и частныя лѣчебницы, устраиваемыя отдѣльными лицами для содержанія людей состоятельныхъ.

Такимъ образомъ больницы, въ которыхъ въ настоящее время у насъ помѣщаются душевно-больные, или правительственныя (образцово-выстроенная больница имени Государя Императора въ Петербургѣ, близъ Удѣльной, „Больница всѣхъ скорбящихъ“ въ Петербургѣ, окружная больница въ Казани, больница въ Творкахъ близъ Варшавы, Винницкая больница, клиники, отдѣленія при военныхъ госпиталяхъ и др.), или общественныя—городскія (Св. Николая Чудотворца, Ново-Знаменская и Св. Пантелеймона въ Петербургѣ, Алексѣевская на Канатчиковой дачѣ и Преображенская въ Москвѣ, Одесская и др.), или земскія—въ каждомъ губернскомъ городѣ, гдѣ введены земскія учрежденія (ново-устроенныя: Бурашево—около Твери, Голенчино—около Рязани, Колмово—около Новгорода, полтавская, тамбовская, симферопольская, херсонская больница и нѣкоторыя другія; еще не совсѣмъ окончена постройкой образцовая земская больница въ Московской губерніи—Покровская больница), и, наконецъ, частныя лѣчебницы. Всѣ эти больницы назначены для всѣхъ родовъ душевныхъ болѣзней. Спеціальныхъ больницъ для идіотовъ, эпилептиковъ, алкоголиковъ у насъ крайне мало, онѣ назначены лишь для очень небольшого числа больныхъ, при томъ бо́льшею частью платныхъ.

Количество больницъ для душевно-больныхъ постоянно увели-

чивается, такъ какъ существующее теперь число ихъ далеко не удовлетворяетъ потребностямъ населенія. Это легко видѣть изъ того, что по отчету за 1889 годъ у насъ въ Россіи было всего 92 спеціальныхъ заведеній для душевно-больныхъ и отдѣленій для нихъ при общихъ больницахъ съ 11.450 кроватями; тогда какъ въ Германіи къ 1890 году было 235 больницъ съ 55.734 больными, а въ маленькой Швейцаріи—28 больницъ съ 4.984 больными. Принимая населеніе Россіи въ то время даже около 100 милліоновъ, Германіи—47 милліоновъ, Швейцаріи—3 милліона, мы будемъ имѣть, что въ Россіи призрѣвалось на каждые 100.000 жителей около 12 больныхъ, въ Германіи—около 108, а въ Швейцаріи—171. Если даже допустить, что въ Россіи значительно менѣе процентъ больныхъ, нуждающихся въ больничномъ помѣщеніи, чѣмъ въ западной Европѣ, то все таки изъ этихъ цифръ видно, что для того, чтобы хоть сколько-нибудь удовлетворить потребность населенія по отношенію къ больницамъ для душевно-больныхъ, нужно выстроить еще много заведеній. Безусловно необходимо по крайней мѣрѣ то, чтобы всѣ свѣже-заболѣвшіе и опасные для окружающихъ душевнобольные не встрѣчали отказа въ пріемѣ ихъ въ больницы за недостаткомъ помѣщенія.

Недостатокъ помѣщенія для нуждающихся въ пріемѣ и, съ другой стороны, переполненіе хроническими больными тѣхъ учрежденій, которые выстроены и приспособлены для лѣченія, а не только для призрѣнія неизлѣчимыхъ,—составляетъ больную сторону дѣла попеченія о душевно-больныхъ въ Россіи. Это обусловливается, съ одной стороны, матеріальною недостаточностью городовъ и земствъ, такъ какъ призрѣніе душевнобольныхъ обходится чрезвычайно дорого; съ другой стороны, также и тѣмъ, что устройство попеченія о душевно-больныхъ въ Россіи совершалось не по строго намѣченному и обстоятельно выработанному плану, а въ зависимости отъ многихъ случайныхъ моментовъ Побуждаемыя тѣми или другими обстоятельствами, земства расширяли старыя больницы или устраивали новыя, не оцѣнивъ достаточно, на какое число больныхъ онѣ должны быть построены; новыя больницы быстро наполнялись преимущественно хрониками и скоро дѣлались настолько переполненными, что лѣчебное значеніе ихъ становилось не такъ велико, какъ должно бы было, а между тѣмъ расходы на содержаніе увеличивались. Лишь въ послѣднее время земства и городскія общества начали сознавать, что дѣло призрѣнія душевно-больныхъ должно заключаться не въ одной постройкѣ больницы, а въ цѣломъ рядѣ мѣръ, дополняющихъ другъ друга, и для проведенія его необходимо заранѣе составить опредѣленный планъ, какъ при всякомъ

серьезномъ и обширномъ хозяйственномъ дѣлѣ, имѣющемъ многолѣтнее значеніе.

Тѣ земства, которыя это поняли, начинаютъ прежде всего съ опредѣленія числа душевно-больныхъ въ данной губерніи. Перепись душевно-больныхъ сдѣлана была въ Нижегородской губерніи обыкновенными статистиками, а въ Московской и потомъ въ Петербургской—психіатрами. Въ результатѣ оказалось, что въ Московской губерніи (кромѣ самой Москвы) числилось въ 1893 году 3072 больныхъ, изъ которыхъ 911 слабоумныхъ отъ рожденія. По отношенію къ населенію приходится 213 больныхъ на 100000 человѣкъ, а въ Петербургской губерніи 239 больныхъ на 100000 человѣкъ. При этой переписи отмѣчались въ обѣихъ губерніяхъ свойства и продолжительность болѣзни, что давало возможность раздѣлить больныхъ на категоріи, и взвѣсить, какое количество больныхъ нуждается въ помѣщеніи въ больницу, какое количество въ немъ не нуждается. Не слѣдуетъ думать, что всѣ душевно-больные непремѣнно должны находиться въ больницахъ: изъ нихъ очень многіе могутъ находиться въ своихъ семьяхъ, или въ чужихъ, такъ какъ не представляютъ опасности и не требуютъ лѣченія [1]). Само

---

[1]) Очень интересный способъ приблизительнаго опредѣленія числа душевно-больныхъ, находящихся въ населеніи данной области, указанъ недавно Вл. И. Яковенко. Онъ исходитъ изъ того факта, что общее количество всѣхъ душевно-больныхъ въ данной мѣстности слагается изъ числа свѣжезаболѣвшихъ и изъ числа оставшихся отъ прежнихъ лѣтъ, т. е. заболѣвшихъ болѣе или менѣе давно, но не выздоровѣвшихъ и не умершихъ, слѣдовательно образующихъ болѣе или менѣе значительное количество старыхъ больныхъ, накопляющихся въ населеніи и постепенно убывающихъ путемъ вымиранія. Производя счисленіе душевно-больныхъ Московской губерніи, онъ нашелъ, что если раздѣлить всѣхъ больныхъ на группы по десятилѣтіямъ, прошедшимъ отъ начала болѣзни, то можно замѣтить, что числа больныхъ, приходящихся на каждое десятилѣтіе находятся въ опредѣленномъ отношеніи, именно расположены въ убывающей геометрической прогрессіи съ знаменателемъ $^1/_2$. Такъ, если число больныхъ съ продолжительностью 1—10 лѣтъ отъ начала заболѣванія будетъ равно 500, то число больныхъ съ продолжительностью отъ 10—20 лѣтъ будетъ 250; отъ 20—30 лѣтъ 125; отъ 30—40 лѣтъ около 62, съ продолжительностью отъ 40—50 лѣтъ—31. Такое распредѣленіе больныхъ по давности заболѣванія есть, по мнѣнію В. И. Яковенко, выраженіе закона накопленія душевно-больныхъ. Если распредѣлять душевно-больныхъ по давности заболѣванія не по десятилѣтіямъ, а по одному году, то числа располагается также въ убывающей прогрессіи, но съ знаменателемъ=0,933. Правда, въ дѣйствительности по отношенію къ нѣкоторымъ годамъ это оказывается невѣрнымъ, особенно по отношенію къ первому году, когда количество выздоровленій самое значительное и потому остающихся отъ перваго года заболѣванія во второй должно быть меньше, чѣмъ отъ второго въ третій, отъ третьяго въ четвертый и вообще въ послѣдующіе годы, когда убыль числа душевно-больныхъ происходитъ почти исключительно путемъ смерти. Но въ общемъ и при разсчетѣ по годамъ законъ сохраняется, и потому можно, зная число больныхъ данной области, заболѣвшихъ въ теченіе послѣдняго

собою разумѣется, что количество душевно-больныхъ, пользующихся общественнымъ призрѣніемъ много зависитъ отъ богатства общины, отъ того, сколько она можетъ тратить на него. При бѣдности не удовлетворяются и насущныя потребности, при богатствѣ кругъ призрѣваемыхъ расширяется. Есть области (внѣ Россіи), гдѣ до 90% всѣхъ душевно-больныхъ находятъ себѣ пріютъ въ различныхъ учрежденіяхъ, въ другихъ, какъ у насъ, не находятъ себѣ мѣста и 10% всѣхъ больныхъ. Нужно считать, что около 20%—30% всѣхъ душевнобольныхъ безусловно нуждаются въ общественномъ призрѣніи, такъ какъ принадлежатъ къ числу свѣжезаболѣвшихъ, подающихъ надежду на излѣченіе (такихъ больныхъ приходится около 7% общаго количества, или 1 на 15), или, такихъ хрониковъ, которые опасны, безпокойны, нечистоплотны, слабы или, если и спокойны, то не имѣютъ семей, которыя могли бы оказывать имъ попеченіе

При составленіи плана общественнаго призрѣнія нужно разумѣется прежде всего опредѣлить, въ какомъ размѣрѣ будетъ осуществлено призрѣніе, и если оно будетъ осуществлено только въ минимальныхъ безусловно необходимыхъ размѣрахъ, то выдѣлить изъ общаго количества больныхъ спокойныхъ хрониковъ, могущихъ оставаться въ своихъ семьяхъ.

Выдѣливши этихъ больныхъ, оставшуюся часть тоже распредѣляютъ на категоріи, смотря по свѣжести заболѣванія, характеру болѣзненныхъ проявленій (безпокойству, опрятности, физической слабости) Полученныя числа даютъ возможность опредѣлить, какъ велики должны быть собственно лѣчебныя отдѣленія больницы и какъ велики должны быть отдѣленія для хрониковъ, способныхъ и неспособныхъ къ работѣ, нуждающихся въ особенно сильномъ надзорѣ и не нуждающихся въ особомъ надзорѣ, а только въ жизни при условіяхъ извѣстнаго режима Чтобы имѣть какое-либо конкретное понятіе о цифровомъ отношеніи больныхъ разныхъ категорій, я приведу результаты изслѣдованій д-ра В. И. Яковенко, который въ общемъ числѣ 2925 больныхъ, находившихся въ населеніи (т. е не помѣщенныхъ въ больницу) Московской губерніи въ 1893 году, насчитываетъ 651 безусловно нуждающихся въ лѣченіи. Изъ нихъ:

		муж	жен	вмѣстѣ
свѣже-заболѣвшихъ		63	56	119
хрониковъ	буйныхъ, опасныхъ	63	11	74
	безпокойныхъ	85	64	149
	неопрятныхъ, слабыхъ	75	73	148
	спокойныхъ, но не имѣющихъ семей и безпріютныхъ	100	61	161

Цифры эти конечно далеко не безусловно вѣрны: количество свѣже-заболѣвшихъ несомнѣнно меньше дѣйствительнаго, потому что многіе изъ нихъ и не были еще отмѣчены при счисленіи больныхъ, количество безпокойныхъ можетъ быть и больше дѣйствительнаго, потому что многіе безпокойные боль-

года (т. е съ продолжительностью заболѣванія отъ 1 дня до 1 года), вычислить общее количество душевно-больныхъ по опредѣленной формулѣ, опредѣляющей сумму членовъ геометрической прогрессіи съ опредѣленнымъ знаменателемъ, причемъ для остающихся отъ перваго десятилѣтія знаменателемъ служитъ число 0,933, а для остающихся отъ слѣдующихъ десятилѣтій—число 0,5.

ные въ больничной обстановкѣ становятся спокойными. Какъ бы то ни было, подобныя цифры даютъ возможность представить себѣ до нѣкоторой степени, какое взаимное отношеніе больныхъ разныхъ категорій можетъ быть въ будущей больницѣ. Для руководства въ этомъ отношеніи можно пользоваться и отчетами другихъ больницъ, дѣйствующихъ въ одинакихъ условіяхъ чтобы дать представленіе о цифровыхъ отношеніяхъ, приведу данныя изъ отчета по Бурашевской Тверской больницѣ.

Составъ больныхъ въ этой больницѣ въ началѣ 90 годовъ распредѣлялся въ процентахъ такъ.

	муж.	жен	всего
буйные	4,8%	9,8%	6,8%
безпокойные опрятные	15,6 „	22,5 „	18,2 „
безпокойные неопрятные	8,6 „	14,3 „	10,8 „
слабые неопрятные	28,6 „	16 „	23,8 „
спокойные	24.9 „	23,7 „	24,2 „
колонисты	17,5 „	14,3 „	16,2 „
	100 „	100 „	100 „

Конечно, эти цифры не могутъ имѣть абсолютнаго значенія. Несомнѣнно, что количество „буйныхъ" больныхъ находится въ прямой зависимости отъ организаціи самой больницы, отъ размѣра помѣщеній, переполненія, отъ количества врачей опытной и хорошей прислуги, отъ господствующей системы лѣченія, такъ, напр., въ больницахъ, гдѣ введена система несвязыванія и постельнаго режима, „буйныхъ" больныхъ въ общемъ меньше

Предполагая строить больницу, нужно имѣть въ виду также то, что количество больныхъ въ ней будетъ разростаться, и что поэтому нужно разсчитывать ее въ большемъ масштабѣ, чѣмъ наличное число больныхъ Приростъ зависитъ 1) отъ того, что общее количество населенія увеличится, а съ этимъ увеличится и число больныхъ данной области, 2) поступать въ больницу будетъ всегда больше, чѣмъ выходить изъ нея, 3) потребность въ призрѣніи будетъ увеличиваться, и если первоначально рѣшено было принимать только безусловно нуждающихся, то обстоятельства заставятъ принимать и такихъ, которые могли бы жить въ своей семьѣ Такъ какъ трудно вычислить значеніе отдѣльныхъ факторовъ, вліяющихъ на увеличеніе больницы (изъ нихъ можно приблизительно разсчислить только общій приростъ населенія и по сравненію съ другими больницами опредѣлить количество выбывающихъ, которое въ земскихъ больницахъ равно около 30% наличнаго числа больныхъ) —то трудно вычислить и ростъ больницы Въ началѣ дѣйствія больницы онъ всегда больше, чѣмъ въ дальнѣйшемъ ея существованіи; въ нѣкоторыхъ земскихъ больницахъ, уже пріобрѣтшихъ извѣстную устойчивость, онъ въ каждый годъ равняется 5% наличнаго состава больныхъ.

Этимъ опредѣляются размѣры больницы. Зная контингентъ больныхъ, ихъ количество, зная расположеніе селеній въ данной мѣстности, нужно рѣшить, строить ли одну больницу для данной области или двѣ Опытъ показываетъ, что очень большія больницы, свыше 1000 человѣкъ, представляютъ большія затрудненія для управленія, и лучше строить двѣ меньшихъ больницы, чѣмъ одну громадную.—Смотря по контингенту больныхъ, которые въ ней будутъ, и смотря по мѣстнымъ условіямъ, опредѣляется и то, какимъ количе-

ствомъ земли должна обладать больница Городскія больницы, въ которыхъ призрѣваются больные, непривыкшіе къ земледѣльческому труду, могутъ имѣть меньшее количество земли, ограничиваясь лишь такими внѣшними работами, какъ огородничество, садоводство и ферма: для больницъ съ контингентомъ изъ крестьянъ желательно имѣть большое количество земли для сельскаго хозяйства; нѣкоторые опредѣляютъ, что въ такихъ случаяхъ желательно, чтобы земельный участокъ больницы былъ таковъ, чтобы на одного больного приходилось $1/2$ десятины земли. Конечно тутъ нѣтъ ничего безусловнаго, рѣшеніе зависитъ отъ множества побочныхъ условій,— качества земли, того, назначается ли больница преимущественно для острыхъ больныхъ или главнымъ образомъ для спокойныхъ хрониковъ. Нужно однако имѣть въ виду, что, если мы въ данную минуту рѣшили устроить больницу для острыхъ больныхъ, то обстоятельства заставятъ устраивать при ней и помѣщенія для хрониковъ, такъ какъ многіе изъ принятыхъ свѣжихъ больныхъ останутся въ ней какъ хроники Поэтому нужно имѣть запасъ земли для работъ и для построекъ добавочныхъ павильоновъ или большихъ избъ для пріюта спокойныхъ хрониковъ

Въ такого рода павильоны для хрониковъ, работающихъ и неработающихъ, происходитъ эвакуація больныхъ изъ собственно лѣчебныхъ заведеній. Эти павильоны могутъ быть устроены и въ отдаленіи отъ собственно лѣчебницы. Иногда удобно даже сдѣлать изъ нихъ особое филіальное отдѣленіе больницы, но тогда и въ этомъ филіальномъ пріютѣ для хрониковъ должны быть устроены приспособленія для лѣченія больныхъ, пришедшихъ въ временное возбужденіе.

Эвакуація не вылѣчившихся больныхъ должна быть всегда принимаема въ разсчетъ при составленіи плана призрѣнія душевно-больныхъ Она можетъ устраиваться различнымъ образомъ: иной разъ успокоившіеся и не требующіе лѣченія и спеціальнаго ухода больные отдаются въ семью родственниковъ. Иногда препятствіемъ для этого служитъ бѣдность семей; тогда нужно давать извѣстную сумму въ помощь семьямъ —это часто обходится много дешевле, чѣмъ содержаніе въ больницѣ

Если больные не могутъ жить въ своей семьѣ, то для эвакуаціи устраивается patronage familial; при этомъ 1, больные могутъ отдаваться въ качествѣ пансіонеровъ къ сосѣднимъ сельскимъ жителямъ, конечно въ хорошія семьи, не болѣе двухъ—трехъ больныхъ въ одинъ домъ. При этомъ нужно чтобы былъ строгій выборъ больныхъ: нужно отдавать совершенно спокойныхъ, чистоплотныхъ, не требующихъ особаго ухода, совершенно безопасныхъ,— не имѣющихъ половыхъ влеченій, а для женщинъ— перешедшихъ за періодъ климактерическій (во избѣжаніе беременности) Больные входятъ въ жизнь своихъ хозяевъ: навѣщаются аккуратно врачами больницы, приходятъ туда брать ванны, взвѣшиваться; кровать, бѣлье, одежду даетъ имъ больница Въ случаѣ безпокойства или другого неудобства они переводятся въ больницу. Эту систему видѣлъ Гризингеръ въ Англіи у д-ра Бекнила и отзывался о ней съ похвалою Она была образцово организована д-ромъ Варендорфомъ близъ Ганновера Именно такую систему я рекомендовалъ на первомъ съѣздѣ психіатровъ, а д-ръ П Н Баженовъ осуществилъ ее вблизи Рязани подъ названіемъ „колонизація у воротъ больницы“ Она существуетъ въ большихъ размѣрахъ близъ г Екатеринославля. Противъ нея возражаютъ, приводя нѣкоторыя темныя стороны именно Екатеринославскаго примѣненія: по моему

мнѣнію, всѣ эти темныя стороны легко устранимы—увеличеніемъ числа фельдшеровъ и фельдшерицъ, надзирающихъ за больными въ семьяхъ, сочувствіемъ и энергіей врачебнаго персонала, который долженъ видѣть, по крайней мѣрѣ разъ въ недѣлю каждаго больного, и внимательнымъ выборомъ.

2. Въ мѣстахъ, гдѣ нѣтъ по окружности домовъ, куда-бы можно было поселить больныхъ, такіе дома могутъ быть устроены нарочно, въ которыхъ можно было-бы поселить 6—10 больныхъ съ семьями опытныхъ служителей.

3. По примѣру Гееля и мѣстечка Lierneux въ Бельгіи и Don sur Auron въ Франціи можно для патронажа избрать какое-нибудь большое село или городокъ и въ отдаленіи отъ больницы, и помѣщать больныхъ въ нахлѣбники мѣстнымъ жителямъ; но въ такомъ случаѣ необходимо, чтобы тамъ жилъ постоянный врачъ психіатръ, и была маленькая лѣчебница для помѣщенія временно возбужденныхъ больныхъ. Такой способъ устройства семейнаго призрѣнія проектированъ д-ромъ Н. П. Кащенко для Нижегородской губ.

Другіе способы патронажа, напр., по образцу Шотландскаго, неудобны, потому что больные слишкомъ разсѣяны и мало доступны наблюденію.

Призрѣніе по системѣ патронажа представляетъ выгоды въ денежномъ отношеніи, доставляетъ нѣкоторымъ больнымъ болѣе свободы при болѣе привычныхъ условіяхъ жизни и въ тоже время даетъ возможность принимать въ больницу тѣхъ больныхъ, которымъ безъ этого приходилось бы за недостаткомъ мѣстъ отказывать.

Помимо эвакуаціи, долженъ быть принятъ въ разсчетъ и способъ пріема больныхъ. Въ этомъ отношеніи важно прежде всего, чтобы больные помѣщались въ самомъ началѣ заболѣванія; для этого нужно, чтобы участковые врачи не психіатры указывали бы на необходимость самаго быстраго помѣщенія больныхъ и имѣли бы возможность, не теряя времени, направлять больныхъ въ лѣчебницы, устраивая даже и провозъ ихъ за счетъ общины, если разстояніе отъ больницы велико, то можетъ оказаться полезнымъ имѣть въ уѣздахъ при нѣкоторыхъ участковыхъ больницахъ небольшія помѣщенія для немедленнаго временнаго пріема острыхъ душевно-больныхъ, откуда они при первой возможности перевозились бы въ психіатрическую больницу. Съ другой стороны, необходимо строго держаться установленныхъ принциповъ пріема больныхъ въ отношеніи категорій, иначе при безконтрольномъ пріемѣ всѣхъ, даже не нуждающихся въ лѣченіи покойныхъ хрониковъ, всѣ разсчеты спутаются, больница переполнится и ея лѣчебная сила уменьшится.

Рядомъ съ заботой о несостоятельныхъ жителяхъ должна быть дана возможность лѣчиться и состоятельнымъ лицамъ, что достигается устройствомъ пансіонатовъ съ возвышенной платой.

Само собою разумѣется, что при правильной постановкѣ дѣла желательны особыя учрежденія для алкоголиковъ, эпилептиковъ и идіотовъ.

Таковъ планъ организаціи главныхъ сторонъ призрѣнія душевно-больныхъ по отдѣльнымъ губерніямъ. Разъ планъ составленъ, составлена смѣта и бюджетъ, она приводится въ исполненіе болѣе или менѣе быстро, при чемъ удовлетворяются наиболѣе вопіющія нужды. Собственно дѣла постройки и устройства больницы я не буду теперь касаться, такъ какъ объ этомъ уже было говорено въ своемъ мѣстѣ. Прибавлю только, что и, построивъ больницу, нужно всегда не упускать изъ виду общаго состоянія положенія психіатрическаго дѣла въ губерніи. нужно имѣть непрерываемыя сношенія со всѣми участко-

выми врачами, вести запись вновь заболѣвающимъ лицамъ и слѣдить за бывшими въ лѣчебницѣ больными, а также и за тѣмъ, кто по характеру болѣзни не могъ быть принятъ въ больницу. Этому помогаетъ и устройство особыхъ обществъ, имѣющихъ цѣлью попеченіе о душевно-больныхъ въ данной губерніи. Члены этого общества могутъ помогать и денежными средствами, а также и участіемъ въ сообщеніи свѣдѣній о больныхъ (священники, учителя)

Я не думалъ конечно изложить полный проектъ областного призрѣнія душевно-больныхъ, но я считалъ нужнымъ указать, хотя бы какую-нибудь схему, по которой эти проекты составляются.

Въ послѣднее время нѣкоторыми изъ русскихъ психіатровъ рекомендуется *децентрализація* призрѣнія душевно-больныхъ Дѣло въ томъ, что до сихъ поръ у насъ больницы для душевно-больныхъ устраивались въ большихъ центрахъ, напр, въ губернскихъ городахъ Въ эти сравнительно большія больницы поступаютъ больные изъ всей губерніи или области Въ виду очень большихъ размѣровъ нѣкоторыхъ губерній, доставленіе больныхъ въ больницу соединено съ большими затрудненіями, и оттого вездѣ мы видимъ, что изъ отдаленныхъ уѣздовъ попадаетъ въ больницу несравненно меньшее количество больныхъ, чѣмъ изъ ближайшихъ Этого. конечно, не должно быть. Чтобы помочь этому, рекомендуется устроить маленькія лѣчебницы, разбросанныя по всей губерніи; въ эти лѣчебницы должны принимать больныхъ по возможности въ первые періоды болѣзни, оказывать больнымъ необходимую помощь и по мѣрѣ надобности препровождать больныхъ въ центральную больницу или выписывать выздоровѣвшихъ на попеченіе родныхъ Такого рода мѣра, прекрасная съ точки зрѣнія теоретической, представляетъ практическое неудобство потому, что она слишкомъ дорога (устройство и содержаніе приспособленной больницы для душевно-больныхъ тѣмъ дороже. чѣмъ оно меньше), и еще потому, что въ Россіи существуетъ недостатокъ въ знающихъ дѣло психіатрахъ Правда, при распространеніи психіатрическихъ знаній между врачами, это дѣло могло бы пойти. Д-ръ Лionъ, одинъ изъ русскихъ психіатровъ, полагаетъ, что можно бы устроить при земскихъ общихъ лѣчебницахъ палаты по нѣсколько коекъ для душевно-больныхъ, въ которыхъ, при пользованіи постельнымъ режимомъ, не представилось бы затрудненія лечить и душевно-больныхъ. Нельзя однако въ этомъ не видѣть нѣкотораго увлеченія идеей постельнаго режима: постельный режимъ, оказывающій несомнѣнныя услуги въ большихъ заведеніяхъ, оказывается трудно примѣнимымъ въ маленькихъ больничкахъ. и потому есть опасность что такого рода маленькія отдѣленія для душевно-больныхъ при общихъ земскихъ лѣчебницахъ скоро превратятся въ тѣ самыя отдѣленія при губернскихъ больницахъ временъ приказа общественнаго призрѣнія, которыя пріобрѣли себѣ грустную извѣстность подъ названіемъ „палата № 6“.

Спеціальное законодательство, касающееся призрѣнія душевно-больныхъ, у насъ весьма кратко. У насъ нѣтъ такого всесторонняго закона о душевно-больныхъ, какой есть, напр., съ 1838 года во Франціи, нѣтъ такого количества законовъ, которые установлены парламентскими актами въ Англіи и Шотландіи, въ которыхъ строго опредѣлены условія помѣщенія больныхъ въ больницы, лѣченія на дому, выписки

изъ больницы, словомъ, нѣтъ спеціальнаго законодательства о душевно-больныхъ, существующаго во многихъ государствахъ. Русскіе законы, относящіеся къ душевно-больнымъ, разсѣяны по различнымъ томамъ свода законовъ и находятся часто въ видѣ отдѣльныхъ вставокъ и примѣчаній къ статьямъ, не имѣющимъ непосредственнаго отношенія къ душевно-больнымъ [1]).

Что касается законовъ, касающихся призрѣнія душевно-больныхъ, то они очень немногочисленны и отличаются большою общностью, а потому и неопредѣленностью. Сюда относятся законы, опредѣляющіе, что „больницы и дома для умалишенныхъ подлежатъ завѣдыванію Приказовъ общественнаго призрѣнія". Также статьи, излагающія обязанности губернаторовъ, которые обязываются „доставлять всѣмъ безпомощнымъ и страждущимъ надлежащее по возможности призрѣніе и вспомоществованіе", обращать постоянное вниманіе какъ на „существующія съ этой цѣлью въ ихъ губерніяхъ учрежденія", такъ и на положеніе людей, „кои по сиротству, болѣзнямъ и крайней бѣдности или инымъ причинамъ имѣютъ право на особенное попеченіе правительства" (св. зак., изд 1876 г., т. II, ч. I, ст. 56). Въ томъ же общемъ смыслѣ говорятъ объ обязанности губернаторовъ и статьи 494 и 571 того же II т. I части. Въ послѣдней статьѣ говорится, что „бѣдные больные, не принадлежащіе къ обществамъ, должны призрѣваться въ заведеніяхъ на счетъ суммъ Приказовъ". Въ этомъ же II томѣ очень общо говорится, что „въ кругу дѣйствій полицейскаго Управленія и подчиненныхъ ему лицъ принадлежитъ поданіе помощи взрослымъ, впадшимъ нечаянно въ тяжкую болѣзнь внѣ жилищъ своихъ" и указывается, въ чемъ должна состоять эта помощь (помѣщеніе въ больницу и увѣдомленіе родственниковъ). Болѣе опредѣленный законъ формулированъ въ ст. 375 св. зак., изд. 1857 г., X т., I ч.: „Признанные отъ Правительствующаго Сената безумными и сумасшедшими поручаются на смотрѣніе ближайшимъ ихъ родственникамъ или, буде послѣдніе отъ него откажутся, отдаются въ устроенные для умалишенныхъ дома". „Въ домъ умалишенныхъ, неимущіе умалишенные принимаются безденежно, имущіе же за умѣренную плату, которая устанавливается соразмѣрно издержкамъ на томъ основаніи, какъ и плата

[1]) Собраніе этихъ законовъ можно найти въ изданіи Я. А. Канторовича: „Законы о безумныхъ и сумасшедшихъ" С.-Петербургъ 1899 г. и въ оффиціальномъ изданіи. „Списокъ статей свода законовъ, сенатскихъ указовъ и правительственныхъ распоряженій, касающихся быта умалишенныхъ въ Россіи". С.-Петербургъ 1886 г

за содержаніе и лѣченіе больныхъ въ заведеніи Приказа призрѣваемыхъ (св. зак., т. XIII, уст. общ. призр., изд. 1857 г., ст. 626). Самое важное изъ законодательныхъ мѣропріятій по отношенію къ призрѣнію душевно-больныхъ было, конечно, возложеніе обязанностей попеченія о душевно-больныхъ, какъ и другихъ дѣлъ общественнаго призрѣнія, на земства, и предписаніе, въ виду неудовлетворительнаго содержанія домовъ для умалишенныхъ, предпринять мѣры для ихъ улучшенія, причемъ было разрѣшено оказывать земскимъ учрежденіямъ денежныя пособія въ размѣрѣ не болѣе пятидесяти процентовъ дѣйствительно употребленныхъ земствами суммъ (Сбор. узак. и расп. Правит. 1879 г. 3 ноября, № 124, § 794).

Также въ высшей степени важенъ былъ въ дѣлѣ призрѣнія душевнобольныхъ указъ Правительствующаго Сената отъ 15 іюля 1875 г. за № 29937, на основаніи котораго былъ изданъ циркуляръ Министерства Внутр. дѣлъ за № 1241 отъ 9 февр. 1878 г. Этимъ циркуляромъ указывалось, что въ виду того, что Положеніемъ о земскихъ учрежденіяхъ „попеченіе о народномъ здравіи и общественномъ призрѣніи по точному и буквальному смыслу ст. 2 Пол. о зем. учр. отнесено къ предметамъ вѣдомства земскихъ учрежденій, принимая засимъ во вниманіе, что количество больныхъ, призрѣваемыхъ въ домахъ для умалишенныхъ, по смыслу вышеприведенныхъ статей закона, не ограничено никакою цифрою и что съ другой стороны при недостаточности для нихъ существующихъ помѣщеній земство въ силу 2 ст. Пол. обязано или нанять, или пріобрѣсти таковое, для чего можетъ воспользоваться правомъ, предоставленнымъ ему ст. 79 времен. для земскихъ учр. прав., Правительствующій Сенатъ не могъ не признать отказъ губерскаго земскаго собранія въ пріемѣ въ домъ умалишенныхъ больныхъ сверхъ опредѣленной собраніемъ нормы лишеннымъ законнаго основанія“. — Въ виду этого циркуляра администрація считала себя въ правѣ требовать отъ земствъ, къ которымъ перешли капиталы и обязанности Приказа общественнаго призрѣнія, чтобы они принимали всѣхъ душевно-больныхъ, не уклоняясь отъ этого указаніемъ на недостатокъ мѣстъ. Еще недавно новыми сенатскими указами подтверждено, что опасные душевнобольные должны быть обязательно принимаемы въ общественныя больницы для душевно-больныхъ, даже если они не принадлежатъ къ числу мѣстныхъ жителей; но этими же указами ставится на видъ, что законъ не обязываетъ непремѣнно принимать тѣхъ душевно-больныхъ, которые по своему состоянію не представляютъ необходимости въ призрѣніи.

Въ западно-европейскихъ государствахъ есть цѣлый рядъ указаній закона объ обязательности помѣщенія душевно-больныхъ въ

заведенія и о соединенныхъ съ этимъ формальностяхъ У насъ нѣтъ ни обязательности заявленія о заболѣвани кого-либо душевною болѣзнью, ни *обязательнаго* помѣщенія и лѣченія душевно-больныхъ. Согласно 367 ст. X т. Св. Зак., родственникамъ только „предоставляется" право дѣлать заявленія о заболѣваніи. *Обязательно помѣщаются* въ больницу только лица совершившія, или покусившіяся на убійство или поджогъ, и то по опредѣленію суда (Св. Зак., г. XV, изд 1866 г. Улож. о наказ., ст. 96 и 97, и Улож. о наказ., изд. 1885 г., ст. 95, 96 и 97). Относительно другихъ больныхъ ихъ помѣщаютъ (согласно ст. 629, т. XIII, Св. Зак.) въ заведенія, по своему желанію, родственники, иногда полиція въ интересахъ безопасности, иногда администрація Главный надзоръ за земскими и городскими больницами душевно-больныхъ имѣетъ губернаторъ (Св. Зак., г. II, ч. I, стр. 570) и врачебное управленіе или врачебныя управы. Въ нашемъ законодательствѣ существуютъ статьи, которыми предписываются нѣкоторыя правила относительно устройства заведеній для душевно-больныхъ, „домовъ для призрѣнія умалишенныхъ" и о содержаніи въ нихъ больныхъ. (Св. Зак., т. XIII [1]). Этими статьями предписывается, чтобы заведенія для душевно-больныхъ были устроены такъ, чтобы бѣгство изъ нихъ было невозможно, чтобы изъ комнатъ умалишенныхъ были удаляемы опасныя вещи, чтобы прислуга обходилась съ больными человѣколюбиво, кротко и т. п. Онѣ вообще очень кратки и содержатъ только общія указанія.

---

[1]) Ст 623 При учрежденіи заведенія для призрѣнія умалишенныхъ, Приказъ избирать отдѣльный домъ, довольно пространный и кругомъ крѣпкій, дабы никто изъ содержимыхъ не могъ убѣжать

Ст. 624. Домъ для умалишенныхъ снабжается пристойнымъ, добросердечнымъ, твердымъ и исправнымъ надзирателемъ, также потребнымъ числомъ людей для смотрѣнія за умалишенными и для прислуги Въ число сихъ людей нанимаются служители за добровольную плату изъ отставныхъ солдатъ, добрыхъ и исправныхъ, или же изъ иныхъ людей

Ст 624 Приставники и прислуга обходятся съ умалишенными человѣколюбиво и во всякое время имѣютъ крѣпкое и неослабное смотрѣніе, чтобы умалишенный ни самъ себѣ ни другимъ вреда не учинилъ

Ст. 1286 Какъ надзирающіе, такъ и служители сего дома, обращаются съ умалишенными и, въ направленіяхъ ихъ къ чему либо вредному и непристойному, воздерживаютъ ихъ съ кротостью, терпѣніемъ и человѣколюбіемъ.

Ст 1281 Къ помѣщенію въ домъ для умалишенныхъ число ихъ не опредѣляется.

Ст. 626 Въ домъ для умалишенныхъ неимущіе умалишенные принимаются безденежно, имущіе же за умѣренную плату которая устанавливается соразмѣрно издержкамъ на томъ же основаніи, какъ и плата за содержаніе и лѣченіе больныхъ въ заведеніяхъ Приказовъ призрѣваемыхъ.

Во многихъ государствахъ законъ устанавливаетъ особыя правила, которыя нужно соблюдать *для пріема больныхъ*. Это дѣлается главнымъ образомъ въ видѣ того, чтобы при помѣщеніи въ больницу не было злоупотребленія правомъ лишенія свободы, и не былъ бы помѣщенъ здоровый человѣкъ вмѣсто больного. Хотя нужно сказать, что такіе случаи никогда почти не бываютъ, но тѣмъ не менѣе въ обществѣ существуетъ опасеніе злоупотребленій такого рода, а въ западныхъ государствахъ и Америкѣ даже чрезвычайно сильное. Вслѣдствіе этого тамъ поступленіе въ заведеніе больного сопряжено съ большими формальностями,—съ донесеніемъ администраціи и прокурору, который долженъ лично осмотрѣть больного, иногда съ предварительнаго разрѣшенія суда. Всего страннѣе законы нѣкоторыхъ штатовъ Сѣверной Америки, напр., Индіаны, по которымъ рѣшеніе вопроса о помѣщеніи душевно-больного въ заведеніе для лѣченія предоставлено судамъ съ присяжными засѣдателями. У насъ довѣріе къ врачу гораздо болѣе и никогда не было случаевъ, чтобы это довѣріе не оправдалось. У насъ для поступленія въ больницу для душевно-больныхъ нужно только, чтобы врачъ заведенія діагносцировалъ душевную болѣзнь и необходимость ея лѣченія При этомъ губернатору предоставляется право произвести освидѣтельствованіе поступившаго больного формальнымъ порядкомъ; и прежде во многихъ губернскихъ городахъ больной счи-

---

Ст 629. Люди, содѣлавшіе въ припадкахъ сумасшествія преступленіе, принимаются въ домъ и содержатся безденежно

Ст. 1282 Умалишенные представляются для содержанія въ семъ домѣ чрезъ своихъ родственниковъ или посредствомъ сыскныхъ начальствъ

Ст 1284 Умалишенные содержатся въ особыхъ отдѣленіяхъ, по свойству сумасшествія, кроткіе по нѣскольку человѣкъ въ одной комнатѣ, а злые каждый особо, и мужской полъ отдѣльно отъ женскаго

Ст 1285 Изъ комнатъ, занимаемыхъ умалишенными, должны быть удалены всѣ орудія и вещи коими они могутъ вредить себѣ и другимъ

Ст 628. Умалишенные содержатся по свойству сумасшествія или каждый особо взаперти, или же въ такомъ мѣстѣ, гдѣ отъ него никакой опасности, ни вреда произойти не можетъ

Ст 1287. Кроткіе умалишенные пользуются прогулкою по двору свободно, а злые со всѣми предосторожностями, дабы не могли причинить кому вреда.

Примѣчаніе. Дворъ при домѣ умалишенныхъ долженъ быть обнесенъ высокою и крѣпкою оградою, и чтобы въ ономъ не было ни камней, ни обломковъ, и прочаго, могущаго для нихъ служить вреднымъ орудіемъ.

Ст 625. Въ домы умалишенныхъ вообще запрещается наряжать караулы и ставить часовыхъ въ комнатахъ, гдѣ содержатся умалишенные, или въ садахъ и дворахъ, служащихъ мѣстомъ ихъ прогулокъ

тался какъ бы испытуемымъ до производства формальнаго освидѣтельствованія, которое губернаторъ производилъ относительно всѣхъ больныхъ, но теперь большею частью этимъ правомъ пользуются только въ исключительныхъ случаяхъ. За больными, поступающими въ *частныя* лѣчебницы, существуетъ больший надзоръ. О каждомъ поступившемъ доносится губернатору (Св. Зак., т. X, ст. 367), который и производитъ „безъ огласки" разслѣдованіе, не было ли злоупотребленія властью при помѣщеніи больныхъ (Св. Зак. т. II, ч. I., ст. 566).

Выписка изъ больницы происходитъ у насъ обыкновенно тоже безъ формальностей. Больные выздоровѣвшіе могутъ быть выписаны одни, а не выздоровѣвшіе сдаются на попеченіе родственниковъ или опекуновъ. Только лица, помѣщенныя въ больницу по требованію суда или администраціи, не могутъ быть выписаны безъ опредѣленныхъ формальностей (Св. Зак., т. X., ч. I, ст. 378, и Уст. Угол. Суд. ст. 355 и 536 и соотвѣтствующіе указы Кассац. Департ.).

3. Правовыя отношенія душевно-больныхъ.

Государство, заботясь о лѣченіи душевно-больныхъ и ихъ призрѣніи, имѣетъ въ виду также охраненіе имущества душевно-больныхъ и устанавливаетъ ихъ правовыя отношенія. Постановленія, относящіяся сюда, формулируются въ соотвѣтствующихъ законахъ, изъ которыхъ съ наиболѣе существенными мы и познакомимся.

Забота государства объ имуществѣ душевно-больныхъ выражается въ законодательствѣ объ учрежденіи надъ душевно-больными опеки. Въ разныхъ государствахъ при этомъ существуютъ различныя установленія. Въ нѣкоторыхъ государствахъ, тотчасъ по удостовѣреніи въ болѣзни, назначается временное управленіе дѣлами, а послѣ извѣстнаго срока учреждается полная опека или нѣчто похожее на наше „попечительство" надъ лицами, не достигшими полнаго совершеннолѣтія.

У насъ наложеніе опеки на душевно-больныхъ требуетъ многихъ формальностей. Для этого нужно, чтобы попечители, опекуны, родственники и наслѣдники, или губернаторъ потребовали формальнаго освидѣтельствованія для опредѣленія гражданской правоспособности (Св. Зак., т. II, ст. 565 [1]), т. X, ст. 367, 368). Это освидѣтельствованіе производится (по правиламъ ст. 368, 379, т. X, Св. зак. и указа Прав.

---

[1]) „Въ отношеніи къ назначенію опекъ надъ слабоумными и умалишен-

Сен. 17 фев. 1877 г. № 1326) чаще всего такъ: пользующимъ больного врачомъ составляется свидѣтельство, въ которомъ выставляются наиболѣе рѣзкіе болѣзненные симптомы, напр., абсурдный бредъ, нечистоплотность, возбужденіе. Затѣмъ больной представляется особой комиссіи губернскаго правленія („особое присутствіе Губернскаго Правленія"), состоящей частью изъ врачей, входящихъ въ составъ Врачебнаго отдѣленія Губернскаго Правленія, или мѣстнаго Врачебнаго Управленія, частью изъ лицъ администраціи, суда и представителей сословій, которые и производятъ освидѣтельствованіе черезъ врачей, участвующихъ въ присутствіи. Это освидѣтельствованіе согласно ст. 373 X тома Св. Законовъ „заключается въ строгомъ разсмотрѣніи отвѣтовъ на предлагаемые вопросы, до обыкновенныхъ обстоятельствъ и домашней жизни относящіеся. Какъ вопросы сіи, такъ и объясненія на оные записываются въ составленный по сему случаю актъ". На практикѣ освидѣтельствованіе состоитъ въ томъ, что больному задаютъ рядъ обязательныхъ, самыхъ простыхъ вопросовъ объ его имени, о родныхъ, семейномъ состояніи, имуществѣ, возрастѣ и нѣкоторые посторонніе вопросы. Вопросы эти отпечатаны на особомъ листѣ или послѣдовательно записываются; отвѣты больного также записываются; иногда самъ больной отвѣчаетъ на вопросы письменно. Въ концѣ предлагаютъ больному подписаться. Затѣмъ больного уводятъ и присутствующіе постановляютъ то или другое рѣшеніе. Если больной отвѣтитъ на вопросы какой-нибудь очевидный абсурдъ, то его признаютъ больнымъ, и актъ объ освидѣтельствованіи препровождается въ Сенатъ, который, если найдетъ его достаточно убѣдительнымъ, его утверждаетъ и назначаетъ опеку. Если же больной абсурда не отвѣтитъ, то или признается здоровымъ, иногда вопреки медицинскому свидѣтельству, или оставляется на испытаніи на извѣстный срокъ до новаго освидѣтельствованія. Нѣкоторые совершенно молчащіе больные, по своему молчанію не отвѣтившіе абсурда на вопросы при освидѣтельствованіи, иногда подолгу остаются

ными губернаторъ, получивъ о томъ просьбу отъ семейства, въ коемъ находится слабоумный или сумасшедшій, или же инымъ образомъ достовѣрное свѣдѣніе, что сіи лица опасны въ общежитіи, или, по крайней мѣрѣ, не могутъ управлять имѣніемъ, распоряжается объ освидѣтельствованіи ихъ на основаніи законовъ" (Св. зак., т. II, ч. 1, ст. 565).

Далѣе примѣчаніе къ ст. 367, X т. Св. зак.: „Безумные или сумасшедшіе, не совершившіе преступленія и отдаваемые для излѣченія въ частныя лѣчебныя заведенія, могутъ быть свидѣтельствуемы установленнымъ порядкомъ только по требованію о томъ ихъ родственниковъ, опекуновъ, попечителей или наслѣдниковъ.

на испытаніи, и опеки на нихъ не накладывается. Бывали случаи—и сравнительно недавно,—когда больные, находящіеся въ правительственной больницѣ, свидѣтельствовались изъ года въ годъ лѣтъ 10—15 подрядъ; всѣ свидѣтельствовавшіе по ихъ мимикѣ, жестикуляціи или упорной тупой молчаливости не сомнѣвались въ наличности душевной болѣзни, но такъ какъ отвѣты на самые простые вопросы (сколько вамъ лѣтъ, какъ васъ зовутъ) давались больными вѣрные, общее впечатлѣніе часто не было одинаково у всѣхъ свидѣтельствовавшихъ,—то присутствіе и не рѣшалось признать свидѣтельствуемыхъ умалишенными; да если бы оно и признало, то актъ освидѣтельствованія, отправленный въ Сенатъ, не былъ бы утвержденъ.

Неудобства такого порядка освидѣтельствованія были отмѣчены много разъ. Главный недостатокъ его заключается: 1) въ томъ, что задаются слишкомъ простые вопросы, на которые очень многіе несомнѣнные душевно-больные отвѣчаютъ правильно, 2) что не происходитъ врачебнаго изслѣдованія больныхъ, черезъ посредство спеціалистовъ, 3) мнѣнію врачей не придается надлежащаго значенія, 4) что рѣшающая инстанція (Сенатъ) совсѣмъ не видитъ больного, а видитъ только дѣлопроизводство, 5) что вся процедура крайне медленна,—рѣдко дѣло рѣшается скорѣе, чѣмъ въ четыре мѣсяца, а иногда проходятъ и нѣсколько лѣтъ, пока опека будетъ назначена. Уже давно поднятъ вопросъ объ измѣненіи порядка наложенія опеки, и большинство компетентныхъ лицъ полагаетъ, что было бы правильнѣе передать это дѣло суду, который ставилъ бы рѣшеніе на основаніи мотивированнаго заключенія экспертовъ.

Если Сенатъ признаетъ свидѣтельствуемаго находящимся въ состояніи умственнаго разстройства, то дается указъ о наложеніи опеки надъ личностью и имуществомъ больного, который и приводится въ исполненіе на основаніи общихъ законовъ объ опекѣ. Гражданскіе акты, совершаемые лицами, находящимися подъ опекой, считаются недѣйствительными, какъ, напр., продажа (т. X, ч. I, ст. 1383), отдача въ залогъ недвижимаго имущества (ст. 1627), выдача согласія на принятіе или непринятія наслѣдства (ст. 1257); находящіеся подъ опекой умалишенные не могутъ быть повѣренными (уст. гр. судопр., ст. 45, п. 5 и 246 п. 7) и выдавать довѣренности, и выданныя ранѣе довѣренности теряютъ силу (ст. 2330 п. 5). Во всѣхъ гражданскихъ дѣлахъ за нихъ выступаютъ ихъ опекуны и попечители.

Снятіе опеки съ выздоровѣвшаго больного совершается такимъ же порядкомъ, т. е. тоже по освидѣтельствованіи присутствіемъ Губернскаго Правленія и утвержденіи акта освидѣтельствованія Сенатомъ

т. X, ст. 378—380). Для производства такого освидѣтельствованія нужно, чтобы родственники или опекуны больного подали объ этомъ заявленіе; иногда освидѣтельствованіе назначается и по просьбѣ самого больного, если возникаетъ сомнѣніе въ томъ, продолжается ли еще болѣзнь, или если пользующій врачъ представитъ удостовѣреніе о выздоровленіи. Если Губернское Правленіе признаетъ больного выздоровѣвшимъ, то раньше утвержденія Сенатомъ акта и снятія опеки выздоровѣвшему дается полная свобода.

Нужно прибавить, что формальное освидѣтельствованіе и наложеніе опеки вовсе не обязательно для всѣхъ душевно-больныхъ; и, если душевно-больной не былъ освидѣтельствованъ Губернскимъ Правленіемъ и опеки на него не было наложено, изъ этого не слѣдуетъ, что составленные имъ акты имѣютъ полное значеніе: если они могутъ быть оспариваемы судебнымъ порядкомъ, и если судъ по заключеніи экспертовъ признаетъ, что спорные акты составлены въ состояніи безумія или сумасшествія, то они считаются не имѣющими законной силы. (Рѣш. Кас. Д-та Сената 1868 г. № 331).

Къ попеченію о дѣлахъ душевно-больныхъ относится и законъ, по которому по гражданскимъ дѣламъ.. глухонѣмыхъ и умалишенныхъ должны давать заключеніе прокуроры (Уст. Гр. Суд. ст. 170 и 343 п. 3).

Въ виду того, что душевно-больные во многихъ случаяхъ не могутъ правильно распоряжаться своимъ имуществомъ, а также не могутъ правильно исполнять обязанностей членовъ государства, то въ законодательствѣ существуютъ указанія въ какихъ отношеніяхъ права душевно-больныхъ должны быть ограничены.

Такъ браки, совершенные въ сумасшествіи одного изъ супруговъ, признаются недѣйствительными (Св. зак., т. X, ч. I, ст. 5 и 37)[1]. При этомъ однако для православныхъ и католиковъ не можетъ быть поводомъ къ расторженію брака душевная болѣзнь одного изъ супруговъ, развившаяся послѣ вѣнчанія. Для лицъ евангелическо-лютеранскаго исповѣданія неизлѣчимая болѣзнь одного изъ супруговъ, по надлежащемъ удостовѣреніи въ этомъ, служитъ достаточнымъ поводомъ къ разводу и даетъ право здравому супругу вступить въ новый бракъ[2]). Въ

[1]) „Запрещается вступать въ бракъ съ безумными и сумасшедшими“. (Св. зак. т. X, ч. 1, изд. 1857 г., ст. 5). Въ статьѣ 1551 Уложенія о нак. устанавливается отвѣтственность за совершеніе такого брака путемъ обмана или насилія. Законными и дѣйствительными не признаются брачныя сопряженія, совершившіяся по насилію или въ сумасшествіи одного изъ брачущихся (Св. зак. т. X, ч. 1, ст. 37).

[2]) „Бракъ расторгается по просьбѣ одной изъ сторонъ, если законнымъ

другихъ государствахъ расторженіе брака по случаю неизлѣчимой душевной болѣзни одного изъ супруговъ иногда допускается (Пруссія, многія области Германіи, Швейцарія), въ другихъ же не допускается, какъ напр. во Франціи и вообще въ католическихъ странахъ.

Затѣмъ, по закону, лишенные разсудка *не могутъ быть присяжными засѣдателями* (Св. Зак., т. II, ч. 1, ст. 962). Точно также: „признанные умалишенными, а также всѣ, которые страдаютъ разстройствомъ умственныхъ способностей или умственными недостатками, не могутъ быть свидѣтелями въ судебныхъ мѣстахъ“ (Св. Зак., т. X, ч. 2, ст. 84, 371 и 326).

Далѣе въ законѣ сказано, что „право состоянія пріостанавливается въ его дѣйствіи по душевнымъ недугамъ, т. е. по безумію и сумасшествію (т. IX, зак. о сост., ст. 7). Вообще „запрещается писать и совершать отъ имени безумныхъ, сумасшедшихъ всякіе вообще акты объ имѣніи и займѣ“ (Св. зак., т. X, ч. 1, стр. 770). Какъ уже было сказано, находящіеся подъ опекой, не могутъ закладывать имѣній, давать согласіе и не согласіе на принятіе наслѣдства, продажа совершенная ими считается недѣйствительною, они не могутъ быть повѣренными и довѣренности, выданныя подъопечными, теряютъ значеніе послѣ наложенія опеки. Однако, какъ было сказано, по смыслу одного рѣшенія Кассаціоннаго Д-та Сената (1868 г. за № 331) и тѣ акты о продажѣ, о наймѣ, займѣ и пр., которые совершены больнымъ, на котораго опека не была наложена, могутъ быть признаны не имѣющими значенія, если судъ, по разсмотрѣніи дѣла и выслушавъ заключеніе свѣдущихъ людей, признаетъ, что они написаны въ болѣзненномъ состояніи, лишающемъ способности правильно и сознательно распоряжаться своимъ имуществомъ. Духовныя „завѣщанія безумныхъ, сумасшедшихъ и умалишенныхъ, когда они составлены ими во время помѣшательства, недѣйствительны“, такъ какъ, по нашему закону, всѣ „духовныя завѣщанія, какъ крѣпостныя такъ и домашнія, должны быть составлены въ здравомъ умѣ и твердой памяти“ (Св. Зак., т. X, ч. 1, ст. 1016 и 1017).

Отъ права наслѣдованія однако лица, имѣющія умственные недостатки, точно также какъ и физическіе, не устраняются (Св. зак., т. X, ч. I, изд. 1857 г., ст. 1106).

слѣдствіемъ доказано, что другая сторона лишилась ума или имѣетъ припадки бѣшенства, и что сіе повреждение умственныхъ способностей продолжается болѣе года и по увѣренію врачей нѣтъ надежды къ выздоровленію. Въ семъ случаѣ сторона, требующая развода, обязана предварительно обезпечить содержаніе другой стороны, если послѣдняя не имѣетъ собственнаго достаточнаго имущества“. (т. XI, ч. 1, Уст. иностр. испов. ст. 373).

Лица страдающія умственнымъ разстройствомъ пользуются и рядомъ льготъ. Такъ, въ имущественномъ отношеніи — „въ исполненіи срока давности какъ для умалишенныхъ, такъ и для глухонѣмыхъ, лишенныхъ вовсе способности выражать свою волю, и для наслѣдниковъ тѣхъ и другихъ, надлежитъ руководствоваться правилами“, по которымъ эти лица „сравниваются въ отношеніи давности съ малолѣтними съ тѣмъ, что срокъ давности считается для нихъ со дня, когда они, по освидѣтельствованіи на основаніи статей 378—381 законовъ гражданскихъ, будутъ признаны здоровыми и способными свободно изъяснять свои мысли и по опредѣленію Правительствующаго Сената будутъ введены въ управленіе и распоряженіе своими имѣніями“ (Св. зак., т. X, ч. 1, по прод. 1876 г., ст. 382, и примѣч. къ ст. 694).

Если отъ дѣйствій „безумныхъ и сумасшедшихъ“ происходитъ кому нибудь вредъ, то отвѣчаютъ за нихъ тѣ, которые по закону обязаны имѣть за ними надзоръ (Св. зак., т. X, ч. 1, изд. 1857 г., ст. 654).

„Производство дѣла пріостанавливается въ случаѣ сумасшествія одного изъ тяжущихся или повѣреннаго“ (Уст. гр. суд., ст. 77, 681).

Конечно, лица, признанныя умственно разстроенными, не могутъ подлежать обязательной *воинской повинности*, а также пользуются значительными *льготами по государственной службѣ*. „Чиновники, которые подвергнутся сумасшествію и будутъ пользоваться въ учрежденныхъ для лишенныхъ ума общественныхъ и казенныхъ заведеніяхъ въ теченіе перваго года ихъ пользованія, не увольняются отъ занимаемыхъ ими должностей, и если они имѣютъ жену или дѣтей, то продолжается производство имъ окладовъ, какіе мужья или отцы ихъ получали до болѣзни“. (Св. Зак., т. III, кн. II, изд. 1876 г., ст., 571). Если же въ теченіе года умалишенный чиновникъ не выздоровѣетъ, то увольняется отъ должности или службы. При этомъ страдающіе умственнымъ разстройствомъ чиновники пользуются большими льготами для полученія пенсіи, а именно получаютъ при отставкѣ, прослужившіе отъ 5—10 лѣтъ одну треть оклада, слѣдующаго имъ по табели; прослужившіе отъ 10—20 лѣтъ двѣ трети оклада; прослужившіе 20 лѣтъ полный окладъ (Св. зак., т. III, кн. II, ст. 103). Эти льготы относятся даже и къ семействамъ такихъ умственно разстроенныхъ чиновниковъ, которые умрутъ до полученія отставки, если только будутъ представлены начальствами „надлежащія удостовѣренія“ [1]), что чиновникъ, подвергшійся на службѣ

---

[1]) Надлежащими удостовѣреніями, впрочемъ, часто считаются лишь такія, которыя выданы по требованію надлежащаго присутственнаго мѣста или начальства и которыя даны Врачебными Управленіями или уѣздными и городо

сумасшествію, умеръ, находясь въ сей болѣзни, предоставлявшей ему право на полученіе пенсіи по сокращенному сроку (Св. зак. т III, кн. II, ст 117).

Если чиновникъ лишилъ себя жизни въ припадкѣ меланхоліи или умопомѣшательства, то министрамъ, главноуправляющимъ отдѣльными частями и оберъ-прокурору Святѣйшаго Синода предоставляется назначать своею властью пенсію и единовременныя пособія ихъ семействамъ (Св зак. т. III, кн. II, изд. 1876, ст. 360, 206).

Я останавливаюсь на подробностяхъ о льготахъ на пенсіи вслѣдствіе душевной болѣзни, потому что знаніе ихъ имѣетъ довольно большое практическое значеніе: врачъ знакомый съ существующими узаконеніями можетъ часто оказать больному и его семьѣ очень важную помощь, указавъ на существующія права

Чрезвычайно важное значеніе имѣетъ освобожденіе страдающихъ умственными разстройствами *отъ отвѣтственности* за совершенныя ими во время болѣзни проступки и преступленія.—Законъ нашъ формулируетъ это такъ: „причины, по коимъ содѣянное не должно быть вмѣнено въ вину, суть... 3) безуміе, сумасшествіе и припадки болѣзни, приводящіе въ умоизступленіе или совершенное безпамятство“ (ст. 92 Ул. о нак.). При этомъ однако „преступленіе или проступокъ, учиненные безумнымъ отъ рожденія или сумасшедшимъ, не вмѣняется имъ въ вину, когда нѣтъ сомнѣнія, что безумный или сумасшедшій по состоянію своему въ то время не могъ имѣть понятія о противозаконности и самомъ свойствѣ своего дѣянія“ (ст. 95 Ул. о нак.).

„Не вмѣняются въ вину и преступленія и проступки, учиненные больнымъ въ точно доказанномъ припадкѣ умоизступленія или совершеннаго безпамятства“ (Улож. о нак., ст. 96).

„Не вмѣняются также преступленія и проступки, учиненные потерявшими умственныя способности и разсудокъ отъ старости или дряхлости или лунатиками (сноходцами), которые въ припадкахъ своего

выми врачами, но утверждены Губернскимъ Врачебнымъ Управленіемъ. (Св. зак. кн. II, ст. 178).

Для врачей, производящихъ освидѣтельствованіе лицъ, испрашивающихъ пенсіи въ сокращенный срокъ, по болѣзни, существуетъ особая инструкція. Въ этой инструкціи указывается между прочимъ, что въ свидѣтельствѣ должно быть объяснено, что болѣзни, которыми страдаетъ больной, и признаки которыхъ описаны и удостовѣрены врачами, „достигли такой степени своего развитія, что сдѣлались неизлѣчимыми и притомъ столь тяжкими, что лишаютъ больного не только продолжать службу, но и обходиться безъ посторонняго ухода“

нервнаго разстройства, дѣйствуютъ безъ надлежащаго разумѣнія (ст. 97 Ул. о нак.)

Въ Уложеніи о наказаніяхъ прибавлено еще, что обстоятельствами, уменьшающими вину подсудимаго, признаются легкомысліе, слабоуміе и крайнее невѣжество, которымъ воспользовались другіе для вовлеченія его въ преступленіе (ст. 134). Однако государство не можетъ ограничиться только тѣмъ, чтобы избавить совершившихъ важное преступленіе отъ опасности, которая можетъ произойти отъ нихъ другимъ членамъ общества. Поэтому въ тѣхъ же статьяхъ уложенія о наказаніяхъ, въ которыхъ указаны поводы къ невмѣненію преступленія и проступковъ, указаны и требованія, чтобы совершившіе преступленіе въ болѣзненномъ состояніи были удалены изъ общества и заключались въ дома умалишенныхъ, даже если родственники ихъ пожелали бы взять на себя обязанность смотрѣть за ними, лѣчить ихъ у себя. По закону тѣ изъ больныхъ, которые будутъ признаны совершившими такое преступленіе, какъ убійство или поджогъ, или попытку на „поджогъ", убійство или самоубійство, отправляются для содержанія и лѣченія „въ домъ умалишенныхъ", откуда и не могутъ быть выписаны безъ надлежащаго разрѣшенія. По закону тотъ, кто признанъ безумнымъ или сумасшедшимъ, долженъ въ такомъ случаѣ пробыть въ больницѣ до выздоровленія и кромѣ того еще два года послѣ исчезновенія болѣзненныхъ припадковъ, причемъ однако судъ можетъ сократить двухлѣтній срокъ наблюденія за выздоровѣвшимъ по удостовѣреніи, что отъ его выпуска не будетъ никакой опасности, при чемъ отдаетъ выздоровѣвшаго подъ надзоръ родственниковъ (ст. 95 Ул. о нак. и примѣчанія къ ней).

Если же преступленіе совершено въ „точно доказанномъ припадкѣ умоизступленія или совершеннаго безпамятства", то подсудимый можетъ быть отданъ на поруки родственникамъ и опекунамъ (ст. 96). Послѣднее постановленіе распространяется и „на потерявшихъ умственныя способности и разсудокъ отъ старости и дряхлости и на лунатиковъ (сонноходцевъ), которые въ припадкахъ своего нервнаго разстройства дѣйствуютъ безъ надлежащаго разумѣнія" (ст. 97).

Опьяненіе само по себѣ по нашему законодательству не есть условіе невмѣняемости Оно только тогда можетъ быть имъ, когда на почвѣ болѣзни вызвало полное безпамятство Если же подсудимый привелъ себя въ состояніе опьяненія съ намѣреніемъ совершить преступленіе, то это считается отягчающимъ вину обстоятельствомъ. (Ул. о нак. ст. 106).

Соотвѣтственно невмѣненію преступленій лицамъ, находящимся въ

состоянии душевнаго разстройства,—къ лицамъ лишившимъ себя жизни въ состоянии душевной болѣзни не примѣняются тѣ мѣры, которыя по закону являются карательными за самоубійство, т. е. лишеніе права на отпѣваніе по церковному обряду и признаніе недѣйствительными ихъ завѣщаній. По многочисленнымъ рѣшеніямъ Кассаціоннаго Департамента Сената духовныя завѣщанія такихъ самоубійцъ признаются дѣйствительными, если они написаны въ здравомъ умѣ и твердой памяти.

Къ льготамъ, предоставляемымъ преступникамъ въ виду душевнаго заболѣванія, относится также то, что при признанномъ заболѣваніи сумасшествіемъ дѣло пріостанавливается въ своемъ ходѣ (Уст. уг. суд. ст. 356).

Если данными законами ограничивается отвѣтственность душевнобольныхъ за преступленія и проступки, то съ другой стороны законъ, имѣя попеченіе о больныхъ, наказываетъ тѣхъ лицъ, которые злоупотребляютъ состояніемъ душевнаго разстройства изъ корыстныхъ или другихъ видовъ. Поэтому, какъ я говорилъ, наказуется супружество, совершенное съ лицомъ, находящимся въ состояніи душевнаго разстройства [1]). Точно также наказуется насиліе, совершенное надъ женщиною въ состояніи безпамятства и сумасшествія (ст. 1526 Ул. о наказ. и рѣшеніе Кас. Д-та Сената 1875 г. № 416) и мужеложство надъ слабоумными (Ул. о нак. ст. 996). Вовлеченіе безумныхъ и слабоумныхъ въ невыгодныя сдѣлки, совершенныя съ своекорыстною цѣлью, тоже наказуется.

Вышеизложеннымъ, конечно, не исчерпываются всѣ законы, опредѣляющіе права душевно-больныхъ. Я останавливался лишь на наиболѣе важныхъ сторонахъ. Нужно прибавить, что нѣкоторыя особенности по отношенію къ душевно-больнымъ существуютъ въ мѣстныхъ законахъ Прибалтійскаго края и царства Польскаго.

---

[1]) Кто для склоненія кого-либо на противное желанію его супружество приведетъ сіе лицо посредствомъ какихъ либо напитковъ, или инымъ образомъ въ состояніе совершеннаго безпамятства или кратковременнаго умоизступленія, или же черезъ обманъ успѣетъ совершить бракъ сего лица не съ тѣмъ, которое было имъ избрано, тотъ по жалобѣ на сіе обманутаго или обманутой, или же родителей ихъ, подвергается: лишенію всѣхъ правъ состоянія и ссылкѣ на поселеніе въ отдаленнѣйшихъ мѣстахъ Сибири.

Тотъ, кто пользуется сумасшествіемъ или признаннымъ по установленному порядку слабоуміемъ какого-либо лица, для склоненія его къ вступленію въ бракъ, приговаривается за сіе: къ наказанію одною степенью ниже противъ опредѣленнаго въ сей статьѣ. (Ул. о нак. ст. 155)

4 Судебно-психіатрическая экспертиза

Примѣненіе законовъ, опредѣляющихъ ограниченіе гражданской правоспособности душевно-больныхъ и опредѣляющихъ ихъ неотвѣтственность, вызываетъ потребность въ изслѣдованіи состоянія умственныхъ способностей при помощи врача для судебныхъ цѣлей, т. е. потребность въ судебно-медицинской экспертизѣ.

Это бываетъ чаще всего по слѣдующимъ поводамъ:

1. Когда возникаетъ сомнѣніе о вмѣненіи подсудимому совершеннаго имъ проступка или преступленія.

2. Когда является вопросъ, находилось ли лицо, совершившее тотъ или другой гражданскій актъ, въ состояніи дѣеспособности, т. е. обладало ли оно способностью самостоятельно располагать собою, имуществомъ и прочими личными интересами; чаще всего такіе вопросы возникаютъ по поводу духовныхъ завѣщаній, дарственныхъ актовъ, договоровъ найма, купли—продажи и разнаго рода обязательствъ.

3. Когда является вопросъ, можетъ ли давать показаніе лицо, подозрѣваемое въ душевномъ разстройствѣ. Это бываетъ, когда, напр., такія лица выступаютъ въ качествѣ свидѣтелей будто бы видѣннаго ими преступленія.

4. Когда является сомнѣніе, не страдаетъ ли лицо, возводящее на кого-нибудь обвиненіе, само душевною болѣзнью, и не есть ли обвиненіе симптомъ болѣзненнаго состоянія, какъ это, напр., бываетъ иногда у истеричныхъ, обвиняющихъ невинныхъ лицъ въ изнасилованіи.

5. Когда является вопросъ, не произошло ли преступное насиліе (тѣлесное или нравственное) надъ человѣкомъ, находящимся въ состояніи временнаго или постояннаго разстройства психической дѣятельности, какъ, напр., въ случаяхъ изнасилованія помѣшанныхъ, находящихся въ гипнозѣ, или опоенныхъ одуряющими напитками.

6. По вопросамъ о расторженіи брака вслѣдствіе душевной болѣзни и о признаніи брака недѣйствительнымъ.

7. Когда нужно опредѣлить, не произошло ли отъ поврежденія, причиненнаго данному лицу, разстройства его умственныхъ способностей

8. Когда нужно констатировать душевное разстройство для того, чтобы пріостановить или прекратить начатое производство, или же пріостановить приведеніе въ исполненіе состоявшагося приговора

Въ цѣлахъ судебныхъ чаще всего экспертиза производится по вопросамъ о вмѣняемости и правоспособности; первые вопросы рѣшаются

обыкновенно судами въ уголовномъ порядкѣ, вторые—въ гражданскомъ. Мы начнемъ съ вопроса о **невмѣняемости**.

По опредѣленію Крафтъ-Эбинга, котораго, по справедливости, можно считать однимъ изъ самыхъ компетентныхъ лицъ по отношенію къ Судебной Психопатологіи, и котораго Учебникъ Судебной Психопатологіи долженъ быть настольной книгой и судебнаго медика, и юриста,—„способностью къ вмѣненію или вмѣняемостью называется въ наукѣ такое состояніе, когда человѣкъ способенъ выбирать между совершеніемъ и несовершеніемъ дѣйствія, обозначаемаго въ законѣ какъ преступленіе или проступокъ,—другими словами, когда человѣкъ способенъ къ самоопредѣленію,—сужденіе, что человѣкъ въ такомъ психическомъ состояніи совершилъ наказуемое закономъ дѣяніе, что онъ „виновенъ" въ этомъ дѣяніи, что это дѣяніе должно быть „вмѣнено" ему, называется вмѣненіемъ".

Собственно говоря, вопросъ о невмѣняемости есть вопросъ юридическій. Дѣло юриста указать и установить, какими свойствами долженъ обладать человѣкъ, чтобы дѣяніе ему было вмѣнено, или какіе недостатки должны быть въ человѣкѣ, чтобы совершившій преступленіе или проступокъ могъ считаться неотвѣтственнымъ за свое дѣяніе.

Критеріемъ невмѣняемости юристы, формулирующіе законы, ставятъ свободное проявленіе воли, выражающееся въ способности понимать свойство и послѣдствія дѣйствія въ смыслѣ законности (libertas judicii) и въ способности производить выборъ между побужденіемъ къ совершенію дѣйствія и задержкою его (libertas consilii); однако въ виду того, что у людей, которымъ преступленія вмѣняются, степень развитія этихъ способностей весьма различна, законъ въ извѣстныхъ юридическихъ формулахъ опредѣляетъ,—какія условія, вліяющія на свободное проявленіе воли, нужны для невмѣненія; между этими условіями онъ ставитъ учиненіе дѣянія безъ разумѣнія вслѣдствіе малолѣтства и опредѣленныя проявленія душевной болѣзни, причемъ при опредѣленіи этихъ условій непремѣнно участвуютъ соображенія чисто практическаго характера, такъ какъ законодательныя требованія очень часто имѣютъ въ виду не только удовлетвореніе принципа справедливости по отношенію къ индивидууму, но и установленіе извѣстныхъ удобствъ государства и общежитія, а также воспитательное или предостерегающее дѣйствіе по отношенію къ другимъ членамъ общества.

Въ виду этого, если даже у врача и будутъ какіе-нибудь его ***личные*** взгляды на то, что отвѣтственность по отношенію къ преступленіямъ ***неправильно*** формулируется юристами, онъ долженъ ста-

раться воздерживаться отъ своихъ личныхъ *юридическихъ* взглядовъ, а долженъ придерживаться тѣхъ рамокъ, въ которыя ставитъ его пониманіе права юристами. Врачъ не можетъ считать себя компетентнѣе юристовъ въ юридическихъ вопросахъ, какъ не можетъ врачъ допустить полную компетентность юриста въ медицинскихъ вопросахъ.

Такъ, напр., само собою разумѣется, что врачъ не можетъ смотрѣть на солдата-алкоголика, который въ состояніи опьяненія пропилъ казенную шинель, какъ на человѣка, дѣйствовавшаго при нормальныхъ условіяхъ свободы выбора, а законъ не признаетъ такаго рода преступленія невмѣняемымъ. Такихъ несоотвѣтствій въ взглядахъ врача и юриста можетъ встрѣтиться много, особенно при нѣсколько односторонней оцѣнкѣ данныхъ криминальной антропологіи, когда чуть не всякій преступникъ считается патологическимъ продуктомъ.

Это, можетъ быть, и имѣетъ нѣкоторое основаніе съ біологической точки зрѣнія, но пока юристы,—т. е. люди, которые должны смотрѣть на вещи не только съ чисто индивидуальной точки зрѣнія, но и съ точки зрѣнія *идеи* права и *пользы для государственныхъ и общественныхъ отношеній*,—считаютъ, что такіе, хотя бы и патологическіе, индивидуумы подлежатъ извѣстной реакціи со стороны общества и государства, реакціи, называемой „осужденіемъ“ или „наказаніемъ“, врачъ-экспертъ долженъ помогать юристу различить того, кого законъ признаетъ за преступника, отъ того, кого законъ признаетъ за дѣйствительно душевно-больного, хотя бы по его личному мнѣнію было и такъ, что какъ душевно-больной не виновенъ въ своей болѣзни, такъ и преступникъ не виновенъ въ томъ, что родился съ преступными наклонностями, переданными ему въ силу патологической наслѣдственности. Поэтому врачъ экспертъ долженъ стараться понять смыслъ того критерія невмѣняемости, который указываютъ законъ и юристы *его страны*, и служить для юристовъ своими познаніями для различія всего, что подходитъ къ *этому* критерію. Для этой цѣли онъ долженъ произвести врачебное изслѣдованія обвиняемаго, сопоставить результаты изслѣдованія съ обстоятельствами дѣла и, устранивъ себя отъ роли судьи, къ которой онъ не подготовленъ, обсудить вопросъ, держась строго научной почвы, съ чисто медицинской точки зрѣнія и высказать свое мнѣніе о психическомъ и физическомъ состояніи даннаго лица, указавъ при этомъ, какъ тѣ или другія патологическія особенности его могутъ вліять на пониманіе совершаемаго и на актъ выбора.

Къ сожалѣнію критерій, опредѣляющій невмѣняемость, формулируется юристами недостаточно ясно, что порождаетъ само по себѣ много недоразумѣній.

Въ нашемъ законодательствѣ по 92 ст. условіемъ невмѣняемости является „безуміе, сумасшествіе и припадки болѣзни, приводящіе въ умоизступленіе или совершенное безпамятство“. Главный недостатокъ этого критерія заключается въ томъ, что названія, употребляемыя здѣсь для обозначенія различныхъ психопатическихъ проявленій, вызываютъ недоразумѣнія, такъ какъ современная психіатрія подъ этими терминами понимаетъ не то, что понималось во время составленія этой статьи закона.

По этой статьѣ всѣ психопатическія состоянія, освобождающія отъ отвѣтственности, подводятся къ *тремъ формамъ: безумію, сумасшествію и состояніямъ безпамятства и умоизступленія, развившимся на почвѣ болѣзни.*

По смыслу закона „безумными признаются не имѣющіе здороваго разсудка съ самаго ихъ младенчества“ (Св. Зак., т. X, ч. 1, ст. 365), а „сумасшедшими почитаются тѣ, коихъ безуміе происходитъ отъ случайныхъ причинъ и, составляя болѣзнь, доводящую иногда до бѣшенства, можетъ наносить обоюдный вредъ обществу и имъ самимъ и потому требуетъ особеннаго за ними надзора“ (ст. 366).

Въ клинической психіатріи термины „сумасшествіе и безуміе“, употребляются часто вовсе не въ томъ смыслѣ, какъ ихъ понимаетъ X-ый томъ Свода Законовъ, и потому для избѣжанія недоразумѣній слѣдуетъ условиться, что̀ понимать подъ названіемъ сумасшествія и что̀—подъ названіемъ безумія.

Въ юридической практикѣ признается, что подъ терминъ „безуміе“ подходятъ прирожденныя болѣзненныя состоянія душевной дѣятельности, а подъ терминъ „сумасшествіе“ подходятъ всѣ пріобрѣтенныя психическія болѣзни, лишающія „свободнаго волеопредѣленія“.

Состоянія „умоизступленія или полнаго безпамятства“, къ которымъ привела болѣзнь, точнѣе всего соотвѣтствуютъ термину „патологическій аффектъ“, или временнымъ состояніямъ разстройства сознанія, развившимся у лицъ нервныхъ, истеричныхъ или представлявшихъ признаки какой-нибудь другой физической болѣзни или патологическаго предрасположенія.

Въ Уложеніи о наказаніяхъ (ст. 134) упоминается еще о „слабоуміи“, которое является поводомъ для уменьшенія наказанія. Подъ этимъ названіемъ законъ понимаетъ прирожденные или случайные недостатки умственныхъ способностей. Кромѣ того въ законодательствѣ употребляются безъ болѣе точнаго опредѣленія термины: „умалишенные“, „потерявшіе умственныя способности и разсудокъ отъ старости и дряхлости“ и „лунатики (сонноходцы)“ (ст. 97).

Таковы формы душевныхъ болѣзней, признаваемыя нынѣ дѣйствующимъ законодательствомъ, и къ которымъ нерѣдко такъ или иначе нужно пріурочить существующія въ современной психіатріи воззрѣнія. Хотя, безспорно, термины эти выбраны сравнительно удачно и, при желаніи понимать смыслъ законодательства, а не одну букву закона, не ведутъ къ ошибкамъ, тѣмъ не менѣе у лицъ, имѣющихъ стремленіе придерживаться буквы закона, могутъ, въ силу недостаточно опредѣленнаго толкованія терминовъ сумасшествія и безумія, возникать недоразумѣнія. Въ виду этого въ проектѣ новаго Уложенія о наказаніяхъ статья, въ которой говорится о невмѣняемости, формулирована такъ: *„Не вмѣняется въ вину дѣяніе, учиненное лицомъ, которое по недостаточности умственнаго развитія, или по болѣзненному разстройству умственной дѣятельности, или по безсознательному состоянію не могло во время учиненія дѣянія понимать совершаемаго или руководить своими поступками"*.

Нельзя сказать, однако, чтобъ и эта редакція не могла вызвать нѣкоторыхъ недоразумѣній, хотя бы, наприм., такого: „вмѣняется ли въ вину дѣяніе, если несомнѣнно больной будетъ въ состояніи понимать совершаемое дѣяніе и руководить своими поступками", какъ это бываетъ иногда при паранойѣ?

Есть цѣлый рядъ паранойиковъ, которые очень опредѣленно понимаютъ значеніе своего поступка. Такъ, первично помѣшанный убійца Московскаго городскаго головы Н. А. Алексѣева вполнѣ ясно сознавалъ то, что онъ дѣлаетъ: онъ не имѣлъ никакой вражды къ Алексѣеву, а сознательно рѣшилъ произвести *преступленіе*, за которое его должны (онъ зналъ и это) подвергнуть суду; онъ считалъ, что, чѣмъ громче будетъ дѣло, тѣмъ болѣе, обратитъ вниманіе на тѣ теоріи о вліяніи электричества, о шайкѣ гипнотизирующихъ во вредъ общественному здравію людей, на которые представители администраціи, несмотря на его доклады, не обращали вниманія.—Такого рода случаи, когда несомнѣнно больные люди, при совершеніи дѣянія понимаютъ значеніе его, какъ преступленія, и производятъ дѣйствія вполнѣ разсчетливо, заставляютъ многихъ компетентныхъ юристовъ отвергать необходимость введенія въ формулу невмѣняемости требованія, чтобы лицо, совершившее дѣяніе, не могло понимать совершаемое и руководить своими поступками.

Впрочемъ, врядъ ли можно вообще предложить критерій, удобный рѣшительно для всѣхъ случаевъ. Есть случаи, гдѣ самые авторитетные психіатры разойдутся въ взглядахъ: одинъ скажетъ, что данное лицо принадлежитъ къ категоріи душевно-больныхъ, признаваемыхъ и зако-

номъ неотвѣтственными, а другой—не скажетъ. Это бываетъ главнымъ образомъ по отношенію къ дегенерантамъ, которые представляютъ переходныя ступени отъ здороваго типа къ больному.

Именно по поводу дегенерантовъ и нѣкоторыхъ формъ психопатическихъ конституцій создается вопросъ о „частичной отвѣтственности“ и „уменьшенной вмѣняемости“. Попадаются случаи, въ которыхъ очень трудно отвѣтить совершенно категорично, относительно всѣхъ ли дѣяній существуетъ у даннаго лица вмѣняемость. Напр., представимъ себѣ, что у кого-нибудь существуетъ агорафобія или какая-нибудь непреодолимая потребность, или навязчивая идея. То, изъ дѣйствій такого человѣка, что̀ будетъ обусловливаться *этими* болѣзненными явленіями, должно быть признано болѣзненнымъ актомъ и не поставлено въ вину. Но очень часто люди съ навязчивыми идеями въ многомъ остальномъ обладаютъ нормальною степенью самообладанія, и потому, если такой человѣкъ подделаетъ вексель, а это никоимъ образомъ не связано съ его навязчивою идеей, то онъ за эту подделку долженъ отвѣчать. Нужно отмѣтить однако, что очень многіе психіатры отвергаютъ возможность такой частичной отвѣтственности. Въ нашемъ законодательствѣ ея нѣтъ, и Уложеніе о наказаніяхъ даетъ полную возможность обходится и безъ нея. Такъ, въ вышеприведенномъ примѣрѣ преступленія, совершеннаго человѣкомъ, страдающимъ навязчивыми идеями, самое существованіе такой формы болѣзни не есть условіе невмѣняемости; но если у больного явится аффектъ, тѣсно связанный съ навязчивою идеею, и аффектъ этотъ будетъ носить характеръ умоисступленія, то дѣяніе, совершенное въ такомъ аффектѣ, можетъ подойти къ условіямъ невмѣняемости по статьѣ 92.

Точно также многіе юристы отвергаютъ и уменьшенную вмѣняемость когда человѣкъ, представляющій нѣкоторыя явленія недостаточности, но все-таки не лишенный вполнѣ самообладанія, совершитъ какой-нибудь тяжкій проступокъ. Иногда при разслѣдованіи оказывается, что этотъ человѣкъ, хотя и понималъ, что совершаемое имъ дѣяніе зловредно, но по недостаточности своихъ умственныхъ способностей не понималъ, что это крупное преступленіе, а не мелкое. Нашъ законъ отчасти признаетъ справедливость требованія уменьшенной вмѣняемости, такъ какъ въ ст. 134 Ул. о нак. говорится, что обстоятельствами, въ бо̀льшей или меньшей мѣрѣ уменьшающими вину, а вмѣстѣ съ тѣмъ и строгость послѣдующаго наказанія, признаются: легкомысліе и слабоумие, глупость и крайнее невѣжество, которымъ воспользовались другіе для вовлеченія въ преступленіе; также уменьшающимъ вину обстоятельствомъ считается припадокъ раздраженія.

Впрочемъ по этой статьѣ можетъ быть только уменьшена степень наказанія *за то же преступленіе*, а не можетъ быть преступленіе подведено къ совсѣмъ иной категоріи преступленій.

Когда суду приходится примѣнять къ дѣлу статьи о невмѣняемости ради душевной болѣзни, то всегда для констатированія факта болѣзни приглашается въ качествѣ эксперта врачъ, заключеніе котораго, основанное на данныхъ дѣла, на освидѣтельствованіи обвиняемаго и свидѣтельскихъ показаніяхъ, и кладется въ основу рѣшенія суда.

Порядокъ освидѣтельствованія обвиняемаго, относительно котораго существуетъ подозрѣніе, что онъ страдаетъ душевнымъ разстройствомъ, таковъ: по Уставу уголовнаго судопроизводства обыкновенно въ началѣ уголовнаго *процесса*, какъ *извѣстно*, *ведется* предварительное слѣдствіе судебнымъ слѣдователемъ. Если слѣдователь, какъ предписываетъ статья 353 Уст. уг. суд., замѣтитъ, что „обвиняемый не имѣетъ здраваго разсудка или страдаетъ умственнымъ разстройствомъ“, то обязанъ удостовѣриться въ этомъ черезъ разспросъ самого обвиняемаго и тѣхъ лицъ, которымъ ближе извѣстенъ образъ дѣйствій и сужденій обвиняемаго, и черезъ судебнаго врача. Въ качествѣ судебнаго врача, т. е. эксперта, можетъ быть вызванъ всякій врачъ, который и производитъ освидѣтельствованіе и даетъ свое заключеніе въ видѣ показанія, записываемаго въ протоколъ, подписываемый и понятыми. Если экспертъ не можетъ дать опредѣленнаго заключенія, то долженъ указать, что для точнаго опредѣленія нужно направить обвиняемаго въ больницу для наблюденія. Иногда слѣдователь и самъ отъ себя направляетъ обвиняемаго въ больницу для „испытанія“. Удостовѣрясь въ существованіи болѣзни, слѣдователь „передаетъ въ дальнѣйшее распоряженіе прокурора все производство по этому предмету, съ мнѣніемъ врача о степени безумія или умственнаго разстройства обвиняемаго, а прокуроръ вноситъ производство о сумасшествіи и безуміи обвиняемаго съ своимъ заключеніемъ на разсмотрѣніе Окружнаго суда“ (ст. 354). Окружный судъ производитъ тогда новое освидѣтельствованіе въ закрытомъ распорядительномъ засѣданіи. Статья 355 Уст. уг. суд предписываетъ, что „освидѣтельствованіе безумныхъ и сумасшедшихъ производится въ присутствіи Окружнаго суда черезъ Врачебнаго инспектора или его помощника и двухъ врачей по назначенію Врачебнаго Отдѣленія Губернскаго Правленія“ (въ негубернскихъ городахъ могутъ быть экспертами два врача по назначенію Врачебнаго отдѣленія и третій—по выбору суда).

Такое же свидѣтельствованіе обвиняемаго въ распорядительномъ засѣданіи суда производится и въ томъ случаѣ, если по предваритель-

ному слѣдствію откроются обстоятельства, дающія поводъ предполагать, что обвиняемый учинитъ преступное дѣйствіе въ припадкѣ болѣзни, приводящемъ въ умоизступленіе или совершенное безпамятство, а также если признаки означенной болѣзни или умственнаго разстройства окажутся послѣ заключенія предварительнаго слѣдствія, но прежде преданія суду (ст. 355). Эксперты производятъ освидѣтельствованіе обвиняемаго вмѣстѣ съ членами суда и заключеніе дается не одними врачами, а всѣмъ присутствіемъ суда; судъ въ своемъ судебномъ составѣ имѣетъ право и основаніе соглашаться или не соглашаться съ мнѣніемъ врачей. И въ данномъ случаѣ эксперты могутъ отказаться дать опредѣленное заключеніе и указать на необходимость наблюденія въ больницѣ.

По производствѣ надлежащаго освидѣтельствованія, Окружный судъ или постановляетъ опредѣленіе о прекращеніи судебнаго преслѣдованія, когда окажется, что преступное дѣйствіе учинено въ безуміи, сумасшествіи или припадкѣ болѣзни, приводящемъ въ умоизступленіе или совершенное безпамятство, или же пріостанавливаетъ сіе преслѣдованіе, если обвиняемый впалъ въ болѣзненное состояніе послѣ совершенія преступленія или проступка, и назначаетъ въ послѣднемъ случаѣ необходимую мѣру пресѣченія упомянутому лицу способовъ уклониться отъ суда и слѣдствія (ст. 356). Въ первомъ случаѣ съ подсудимымъ поступаютъ по смыслу 95, 96 или 97 ст. Ул. о наказ., т.-е. или отдаютъ его на поруки, или, если преступленіе было убійство или поджогъ, или покушеніе на убійство, поджогъ и самоубійство, помѣщаютъ въ заведеніе для душевно-больныхъ. Но и при этомъ существуетъ большая разница, смотря по тому, признано ли, что дѣяніе совершено въ *припадкѣ умоизступленія*, или подъ вліяніемъ *продолжительнаго* сумасшествія, или безумія. Въ первомъ случаѣ, какъ я уже упоминалъ, подсудимаго судъ можетъ отдать на поруки, хотя бы онъ совершилъ и убійство или поджогъ, во второмъ (95 ст.) — его помѣщаютъ въ больницу на излѣченіе и держатъ тамъ не только до исчезновенія болѣзненныхъ признаковъ, но еще два года послѣ. Впрочемъ двухлѣтній срокъ наблюденія за выздоровѣвшимъ можетъ быть сокращенъ окружнымъ судомъ или судебною палатою, и выздоровѣвшій подсудимый можетъ быть отданъ на поруки послѣ достаточнаго удостовѣренія, что отъ него не можетъ произойти никакой опасности [1]). Фактъ выздоровленія

[1]) Ст. 95. Преступленіе или проступокъ, учиненные безумнымъ отъ рожденія или сумасшедшимъ, не вмѣняются имъ въ вину, когда нѣтъ сомнѣнія, что безумный или сумасшедшій, по состоянію своему въ то время, не могъ

тоже констатируется освидѣтельствованіемъ черезъ врачей-экспертовъ въ засѣданіи окружнаго суда.

Но если послѣ перваго освидѣтельствованія въ распорядительномъ засѣданіи окружный судъ не найдетъ данныхъ прекратить или отложить дѣло до выздоровленія обвиняемаго, то оно переходитъ для рѣшенія въ судебномъ засѣданіи окружнаго суда. Тогда въ этомъ засѣданіи тоже можетъ рѣшаться вопросъ о душевной болѣзни. Иногда этотъ вопросъ возникаетъ при переходѣ дѣла въ судебное засѣданіе и безъ того, чтобы онъ возникъ на предварительномъ слѣдствіи.

Въ силу статьи 692 Уст. уг. судопр. „по замѣчанію сторонъ или присяжныхъ засѣдателей или по собственному усмотрѣнію, судъ можетъ

имѣть понятія о противозаконности и о самомъ свойствѣ своего дѣянія. Однако жъ учинившіе смертоубійство или же посягнувшіе на жизнь другого или свою собственную, или на зажигательство, безумные и сумасшедшіе заключаются въ домъ умалишенныхъ даже и въ случаѣ, когда бы ихъ родители и ихъ родственники пожелали взять на себя обязанность смотрѣть за ними и лѣчить ихъ у себя. Порядокъ заключенія ихъ въ домѣ умалишенныхъ и сроки для ихъ содержанія и освобожденія опредѣлены правилами, при семъ приложенными.

Правила эти слѣдующія (приложеніе IV къ ст. 95, Улож. о наказ.).

Безумные и сумасшедшіе, учинившіе смертоубійство или же посягнувшіе на жизнь другого или свою собственную, подвергаются освидѣтельствованію и испытанію установленнымъ для того порядкомъ (Уст. угол. суд., ст. 353-355).

Когда по такому свидѣтельству они будутъ признаны дѣйствительно безумными или сумасшедшими, то отсылаются для содержанія и лѣченія въ домъ умалишенныхъ съ тѣмъ, чтобы ни въ какомъ случаѣ не были изъ того дома исключаемы и водворяемы въ общества, безъ разрѣшенія высшаго начальства.

Если же время покажетъ, что сумасшествіе ихъ совершенно прошло, и въ выздоровѣвшихъ отъ онаго въ теченіе двухъ лѣтъ сряду не будетъ замѣчено никакихъ сего рода припадковъ, тогда по точномъ удостовѣреніи о состояніи ихъ здоровья, они освобождаются изъ дома умалишенныхъ, а имѣнія ихъ отъ опеки, на основаніи законовъ гражданскихъ.

Для выздоровѣвшихъ отъ сумасшествія двухлѣтній срокъ наблюденія можетъ быть сокращенъ и въ случаѣ особыхъ къ сему побужденій и достаточнаго удостовѣренія, что отъ того не можетъ быть никакой опасности, выздоровѣвшій сумасшедшій можетъ быть отданъ родственникамъ его на поручительство, съ обязанностью тщательно наблюдать за нимъ, и, въ случаѣ малѣйшихъ признаковъ возврата сумасшествія, брать надлежащія мѣры предосторожности или препровождать его снова въ домъ умалишенныхъ.

Лица, подлежащія заключенію въ домѣ умалишенныхъ на основаніи статей 95 и 96 сего Уложенія, отдаются въ означенное заведеніе по опредѣленію окружнаго суда или судебной палаты, смотря по тому, которымъ изъ этихъ установленій постановлено опредѣленіе о прекращеніи судебнаго преслѣдованія или приговоръ объ освобожденіи подсудимаго отъ уголовной отвѣтственности (Уст. угол. судопр. ст. 523 и 771, п. 1).

назначить новое освидѣтельствованіе или испытаніе чрезъ избранныхъ имъ или указанныхъ сторонами свѣдущихъ людей съ тѣмъ, чтобы они производили свои дѣйствія въ засѣданіи суда, если это возможно, или по крайней мѣрѣ, представили въ судебномъ засѣданіи обстоятельный отчетъ объ оказавшемся при освидѣтельствованіи или испытаніи“.

Эксперты, вызванные въ судебное засѣданіе, не могутъ быть избраны изъ числа лицъ, участвующихъ въ дѣлѣ, или изъ состоящихъ свидѣтелями по данному дѣлу, судьями и присяжными засѣдателями; они приводятся обычнымъ порядкомъ къ присягѣ, по смыслу рѣшенія Кас. Д-та за № 974, 1872 года, не могутъ быть оставлены судомъ въ неизвѣстности о тѣхъ данныхъ судебнаго слѣдствія, которыя должны быть

Примѣчаніе. Въ тѣхъ мѣстностяхъ, гдѣ не введены въ дѣйствіе Судебные Уставы, освидѣтельствованіе и испытаніе означенныхъ выше безумныхъ и сумасшедшихъ производится на основаніи правилъ, Медицинскимъ Совѣтомъ составленныхъ, съ соблюденіемъ притомъ порядка, установленнаго въ Законахъ Гражданскихъ (ст. 368 и слѣд.) Дѣла сего рода окончательно сосредоточиваются въ Правительствующемъ Сенатѣ, отъ котораго зависитъ какъ признаніе подсудимыхъ безумными или сумасшедшими, такъ сокращеніе для выздоровѣвшихъ двухлѣтняго срока наблюденія и отдача ихъ на поручительство родственникамъ (Улож. о наказ., прилож. къ ст. 95.

Ст. 96. На томъ же основаніи не вмѣняются въ вину и преступленія и проступки, учиненные больнымъ въ точно доказанномъ припадкѣ умоизступленія или совершеннаго безпамятства. Совершившій въ такомъ припадкѣ болѣзни смертоубійство, или же посягнувшій на жизнь другого или свою собственную, или на зажигательство, отдается, вмѣсто дома умалишенныхъ, на попеченіе родителямъ, родственникамъ, опекунамъ, или съ согласія ихъ и постороннимъ, съ обязательствомъ имѣть за нимъ тщательное и непрестанное смотрѣніе во время его болѣзни и лѣченія, предотвращая всякія дурныя или опасныя для другихъ или же для него самого послѣдствія его припадковъ умоизступленія. Когда-жъ родители больного, или его родственники, опекуны или посторонніе, желающіе взять его на свое попеченіе, оказываются недостаточно благонадежными и отъ нихъ нельзя ожидать точнаго исполненія возлагаемой на нихъ обязанности, то страдающій припадками умоизступленія отдается для лѣченія его и присмотра за нимъ въ больницу, гдѣ и оставляется до совершеннаго выздоровленія (Улож. о наказ., ст. 96).

Ст. 97. Постановленія предшедшей (96) статьи о невмѣненіи въ вину преступленій и проступковъ, учиненныхъ въ припадкѣ болѣзни, сопровождаемой умоизступленіемъ или совершеннымъ безпамятствомъ, распространяются и на потерявшихъ умственныя способности и разсудокъ отъ старости или дряхлости, и на лунатиковъ (сноходцевъ), которые, въ припадкахъ своего нервнаго разстройства, дѣйствуютъ безъ надлежащаго разумѣнія. Они также отдаются на попеченіе ближайшимъ родственникамъ или, съ согласія ихъ, и постороннимъ, или же помѣщаются въ одно изъ заведеній общественнаго призрѣнія для бдительнаго за ними присмотра.

предметомъ ихъ научнаго изслѣдованія и служить основаніемъ для выводовъ ихъ экспертизы", а потому и не удаляются обыкновенно изъ залы суда, какъ свидѣтели, а присутствуютъ при чтеніи обвинительнаго акта и судебномъ слѣдствіи. Они выслушиваютъ свидѣтельскія показанія, съ разрѣшенія предсѣдателя и черезъ него (а иногда и сами) предлагаютъ свидѣтелямъ вопросы, изслѣдуютъ обвиняемаго и затѣмъ даютъ заключеніе по вопросамъ, поставленнымъ судомъ. Отвѣты на вопросы, въ случаѣ присутствія нѣсколькихъ экспертовъ, даются послѣ совѣщанія ихъ между собою, при единогласномъ мнѣніи и при согласіи на это сторонъ—совмѣстно (рѣш. кас. д-та 1867 № 178); а при разногласіи—порознь Мнѣніе экспертовъ въ такого рода засѣданіяхъ излагается устно.

Выслушавъ мнѣніе экспертовъ, стороны обыкновенно предлагаютъ нѣкоторые вопросы для разъясненія заключенія, и затѣмъ эксперты отпускаются.

Мнѣніе экспертовъ, конечно, имѣетъ громадное значеніе для рѣшенія судей, но по мнѣнію Кассаціоннаго Д-та Сената, нѣсколько разъ подтверждаемому (см. рѣш. 1867 г. 571, 1869, 821, 727),—да и по справедливости—оно не обязательно. Судъ можетъ и не согласиться съ мнѣніемъ экспертовъ, хотя, по мнѣнію Сената, „экспертиза должна быть отнесена къ числу важнѣйшихъ доказательствъ, сила и значеніе которыхъ можетъ быть поколеблена лишь въ исключительныхъ случаяхъ, когда, напр, изслѣдованіе произведено не спеціалистами по данному вопросу, или когда оно сопровождалось отступленіями отъ установленныхъ правилъ (рѣш. кас. д-та 1875, 199). Съ другой стороны, судъ не можетъ ставить присяжнымъ вопроса о существованіи или несуществованіи душевной болѣзни, не выслушавъ заключенія экспертовъ (рѣш. кас. д-та 1869 г. № 135).

По выслушаніи заключенія экспертовъ, обвиняемый по рѣшенію суда или признается здоровымъ, или дѣйствовавшимъ подъ вліяніемъ болѣзни, и тогда съ нимъ поступаютъ по смыслу статей 95, 96 и 97, о которыхъ я говорилъ. По смыслу этихъ статей обвиняемый отдается или на попеченіе другихъ лицъ, или помѣщается въ больницу для душевно-больныхъ.

Между психіатрами остается нерѣшеннымъ вопросъ—чтó лучше: помѣщать ли такихъ душевно-больныхъ преступниковъ въ общія больницы со всѣми другими больными, или для душевно-больныхъ преступниковъ устраивать особыя отдѣленія, или даже отдѣльныя заведенія, подобныя устроенному въ Англіи заведенію Broadmoor и Gaillon въ Франціи, въ которыхъ содержатся только душевно-больные *преступники* Одни стоятъ за устройство отдѣльныхъ заведе-

ній, другіе, наоборотъ, полагаютъ, что душевно-больной преступникъ— такой же больной, какъ и всѣ другіе, и съ нимъ нужно обращаться какъ съ больнымъ, а не какъ съ преступникомъ; что между совершившими преступленіе душевно-больными существуетъ много совершенно безопасныхъ больныхъ, нисколько не нуждающихся въ усиленномъ надзорѣ; что и между не совершившими преступленія есть такіе, которые гораздо опаснѣе совершившихъ, и поэтому высказываютъ мысль, что, если нужно строить особыя заведенія, то именно для этихъ *особенно опасныхъ больныхъ*, независимо отъ того, совершили ли они преступленіе или его не совершили, а только могутъ совершить.

У насъ, въ Россіи, нѣтъ особыхъ больницъ для душевно-больныхъ преступниковъ. Впрочемъ, при нѣкоторыхъ тюрьмахъ есть отдѣленія, гдѣ помѣщаются душевно-больные.

Какъ объ одномъ изъ гуманныхъ предписаній нашего законодательства, я не могу не упомянуть тутъ о законѣ Императора Николая I, по которому въ заведеніяхъ для умалишенныхъ запрещается наряжать караулы и ставить часовыхъ (Св. Зак., т. XIII, ст. 625).

Описанными выше правилами уголовнаго судопроизводства имѣется въ виду предупредить возможность осужденія душевно-больнаго, какъ обыкновеннаго преступника, и примѣненія къ нему наказанія. Нужно однако замѣтить, что все-таки, не смотря на подобныя правила, бываютъ случаи осужденія душевно-больныхъ, что доказывается, наприм., тѣмъ, что въ тюрьмахъ одного только департамента Сены (во Франціи) оказалось 65 душевно-больныхъ изъ осужденныхъ въ одномъ 1890 году. Это вполнѣ объясняется тѣмъ, что по существующимъ почти во всѣхъ государствахъ законамъ иниціатива въ возбужденіи вопроса о томъ, боленъ ли обвиняемый или нѣтъ, должна идти отъ юриста. Но юристу часто не бросаются въ глаза симптомы душевной болѣзни, и потому онъ и не поднимаетъ вопроса о невмѣняемости, хотя бы это слѣдовало сдѣлать. Чтобы хоть сколько-нибудь нейтрализовать происходящую отсюда несправедливость, въ Бельгіи недавно введено обязательное посѣщеніе мѣстъ заключенія психіатрами, которые и указываютъ, кто изъ осужденныхъ представляетъ признаки душевной болѣзни. По справедливости, слѣдовало бы распространить это нововведеніе и на мѣста предварительнаго заключенія, гдѣ находятся еще не осужденные подсудимые.

Вообще было бы въ высокой степени полезно, если бы въ составѣ врачебнаго персонала тюремъ былъ психіатръ, хотя бы въ качествѣ консультанта, навѣщающаго содержимыхъ въ тюрьмахъ въ опредѣленные сроки.

Въ дѣлахъ, разбираемыхъ въ порядкѣ уголовнаго судопроиз-

водства, экспертиза производится также еще и по вопросу о психическомъ состоянии обвинителя, если есть подозрѣніе, что онъ возводитъ обвиненіе вслѣдствіе душевнаго разстройства, по вопросу о состоянии потерпѣвшихъ во время причиненія имъ насилія (чаще всего при изнасиловании), а также по вопросу о зависимости душевнаго разстройства отъ нанесеннаго поврежденія. Послѣдняго рода экспертизы производятся также и въ дѣлахъ, разбираемыхъ въ порядкѣ гражданскаго судопроизводства, когда потерпѣвшій самъ или его родственники и попечители ищутъ вознагражденія за причиненное увѣчье.

Въ дѣлахъ гражданскихъ, впрочемъ, какъ я говорилъ, экспертиза врача психіатра чаще всего нужна при разрѣшении вопроса о томъ, можно ли признать за дѣйствіями лица, совершившаго извѣстный актъ, юридическія послѣдствія. Когда состояніе умственныхъ способностей лица бываетъ предметомъ изслѣдованія въ особомъ установленномъ закономъ порядкѣ, и когда Правительствующимъ Сенатомъ это лицо будетъ признано умственно разстроеннымъ, — тогда нѣтъ вопроса: на такое лицо по закону налагается опека, и оно лишается права до снятія опеки совершать какого бы ни было рода имущественныя сдѣлки.

Однако изъ этого не слѣдуетъ заключать, что, если душевно-больной не былъ освидѣтельствованъ присутствіемъ Губернскаго Правленія и опека на него не была наложена, этотъ больной считается безусловно дѣеспособнымъ. Правда, на дѣлѣ часто бываетъ, что такіе больные совершаютъ акты, составляютъ духовныя завѣщанія, на которыхъ свидѣтели должны даже удостовѣрить, что завѣщатель находится въ здравомъ умѣ и твердой памяти, — но эти акты, даже если они нотаріальные, могутъ быть „оспариваемы“: если суду будутъ представлены доказательства, что тотъ или другой актъ совершенъ подписавшимъ его лицомъ въ такомъ состояніи, которое по закону исключаетъ гражданскую дѣеспособность, то судъ можетъ признать такой актъ ничтожнымъ.

Дѣла такого рода разбираются гражданскимъ порядкомъ и возникаютъ бо́льшею частью потому, что заинтересованныя лица оспариваютъ какой-нибудь актъ, напр., купчую, договоръ или духовное завѣщаніе, указывая, что этотъ актъ совершенъ во время душевнаго разстройства совершителя.

Въ такихъ случаяхъ судъ обращается къ эксперту, которому и ставится задача опредѣленія, было ли у совершившаго актъ въ моментъ его совершенія такое болѣзненное состояніе, которое по закону уничтожаетъ дѣеспособность

Законъ нашъ опредѣляетъ, что не могутъ совершать юридическихъ сдѣлокъ безумные (т. е. не имѣющіе здраваго разсудка съ самаго ихъ

младенчества), сумасшедшие (т.-е. тѣ, у которыхъ безуміе происходитъ отъ случайныхъ причинъ), также *нѣкоторые* глухонѣмые и нѣмые. Кромѣ того въ статьѣ 381 гражданскихъ законовъ упоминается, что нельзя писать акты отъ „умалишенныхъ", а въ статьѣ 1016, что всѣ духовныя завѣщанія должны быть составлены въ здравомъ умѣ и твердой памяти.

Этими терминами и ограничивается опредѣленіе правоспособности. Конечно, въ очень многихъ случаяхъ термины безуміе и сумасшествіе и пр. вполнѣ понятны, но иногда они вызываютъ недоразумѣнія. Такъ, наприм., если есть старческое ослабленіе умственныхъ способностей, но при этомъ все таки больной можетъ сохранять пониманіе главныхъ интересовъ своихъ и своей семьи,—можетъ ли онъ составить духовное завѣщаніе или нѣтъ? Одни будутъ говорить, что можетъ, потому что нѣтъ безумія и сумасшествія въ томъ смыслѣ, какъ эти термины понимаются въ законѣ и общежитіи, а другіе будутъ говорить, что все-таки память не совсѣмъ тверда и, слѣдовательно, духовное завѣщаніе не дѣйствительно. Поэтому обыкновенно въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ ставится вопросъ болѣе детальный: „могло ли понимать лицо, составлявшее актъ, свойство и значеніе его и при составленіи его не дѣйствовало ли оно подъ вліяніемъ безумія или сумасшествія, или вообще разстройства душевной дѣятельности подъ вліяніемъ болѣзни". Эта формула даетъ возможность дѣлать заключеніе о недѣйствительности актовъ во время всякихъ проявленій умственнаго разстройства какъ длительныхъ состояній болѣзни, такъ и временныхъ состояній замѣшательства, напр., при составленіи актовъ въ состояніи предсмертной спутанности (in extremis). На этотъ вопросъ большею частью отвѣтить значительно легче.

Когда возникаетъ такого рода вопросъ, судъ вызываетъ врачей-экспертовъ. Выборъ экспертовъ или предоставляется сторонамъ, или судъ самъ выбираетъ ихъ. Эксперты присутствуютъ во время разбирательства въ засѣданіи суда, выслушиваютъ свидѣтелей и распрашиваютъ ихъ, разсматриваютъ все дѣло и документы, иногда свидѣтельствуютъ и самого субъекта, о которомъ идетъ рѣчь.

Въ дѣлахъ о признаніи недѣйствительными духовныхъ завѣщаній, конечно, личнаго изслѣдованія производить нельзя, такъ какъ эти дѣла возникаютъ по смерти завѣщателя. Были однако случаи, когда эксперты требовали эксгумаціи и вскрытія трупа завѣщателя. Затѣмъ судъ ставитъ опредѣленные вопросы, на которые эксперты представляютъ свое заключеніе, по большей части письменное и подробно мотивированное или въ тотъ же день, или черезъ извѣстный срокъ. Заключеніе должно быть мотивировано достаточными доводами. Судъ и стороны могутъ

предлагать экспертамъ вопросы для разъясненія, и затѣмъ роль экспертовъ кончается. Мнѣніе ихъ для суда гражданскаго также не обязательно, какъ и для уголовнаго.

Нужно прибавить къ этому, что заключеніе суда о правоспособности можетъ противорѣчить результату того освидѣтельствованія въ особомъ присутствіи Губернскаго Правленія, которое производится для наложенія опеки или для снятія ея. Иногда бываетъ, что особое присутствіе найдетъ данное лицо здоровымъ, а окружный судъ, выслушавъ свидѣтельскія показанія и мнѣніе экспертовъ, вынесетъ убѣжденіе, что это лицо было въ состояніи разстройства умственныхъ способностей. Ни въ какомъ случаѣ рѣшеніе губернскаго присутствія о здоровьѣ не можетъ считаться для суда обязательнымъ, хотя, если по признанію Губернскаго Правленія была наложена опека, то акты, совершенные подопечнымъ, не могутъ быть признаны дѣйствительными.

Такова процессуальная сторона освидѣтельствованія экспертами по вопросамъ о правоспособности и вмѣняемости.

Я долженъ теперь къ этому прибавить только нѣсколько **практическихъ указаній для судебно-психіатрической экспертизы.**

Я ограничусь, впрочемъ, по необходимости весьма немногимъ, рекомендуя для болѣе подробнаго ознакомленія весьма полезную книгу „Основы психіатрической экспертизы“, составленную по **Leppman'у** примѣнительно къ русскому законодательству д-ромъ А. В. Тимоѳеевымъ и М. В. Игнатьевымъ.

Собственно, дѣйствія врача-психіатра при производствѣ экспертизы сводятся къ діагностикѣ существованія такой душевной болѣзни, которая является условіемъ невмѣняемости или неправоспособности. Поэтому она должна вестись по всѣмъ правиламъ научной діагностики, т.-е. врачъ долженъ обстоятельно и внимательно собрать всѣ доступныя свѣдѣнія какъ о состояніи, предшествующемъ предполагаемой болѣзни, такъ и о признакахъ, которыми выражалась болѣзнь. Для этого экспертъ долженъ предварительно изучить дѣло, выслушать или прочитать показанія свидѣтелей и, если возможно, изслѣдовать лицо, о которомъ идетъ рѣчь, если нужно, подвергнуть испытуемаго наблюденію въ больницѣ, прослѣдить теченіе болѣзни, если таковая есть, и тогда уже дать свое заключеніе. Самое изслѣдованіе производится на основаніи общихъ медицинскихъ пріемовъ, но, разумѣется, условія, среди которыхъ происходитъ это изслѣдованіе, заставляютъ нѣсколько измѣнить какъ самый ходъ его, такъ и характеръ заключенія.

Такъ, изслѣдованіе анамнеза въ такихъ случаяхъ представляетъ не

мало затрудненій, потому что нельзя относиться съ полнымъ довѣріемъ къ свидѣтелямъ. Очень нерѣдко объ одномъ и томъ же больномъ свидѣтели говорятъ совершенно различное. Бываютъ случаи, что и самъ подсудимый, желая избѣжать наказанія, скрываетъ истину, слѣдовательно, и ему нельзя вѣрить. Затѣмъ очень часто лица, о которомъ идетъ рѣчь, уже нѣтъ въ живыхъ (какъ, наприм., при вопросахъ о духовныхъ завѣщаніяхъ) и его нельзя изслѣдовать самого, что, конечно, очень затрудняетъ положеніе эксперта. Наконецъ, самое заключеніе должно основываться не на субъективныхъ данныхъ, достаточныхъ для своего собственнаго убѣжденія, а на такихъ мотивахъ, которые должны быть убѣдительны для суда. Экспертъ вѣдь долженъ не только составить заключеніе, но и обстоятельно мотивировать его. Нечего и говорить, что во всѣхъ случаяхъ экспертъ въ своемъ заключеніи долженъ быть безпристрастенъ и говорить „сущую правду".

Вообще при экспертизѣ нужно помнить слѣдующія практическія правила:

1. Никогда не основывать своего заключенія только на показаніи свидѣтелей и другихъ лицъ, а эти показанія должны быть провѣрены документами, обстоятельствами дѣла и осмотромъ самого больного. Только въ рѣдкихъ случаяхъ можно обойтись безъ личнаго освидѣтельствованія. Въ большинствѣ же случаевъ желателенъ личный осмотръ При этомъ, если на основаніи единичнаго осмотра нельзя сдѣлать заключенія, то нужно просить о помѣщеніи больного въ какую-нибудь спеціальную лѣчебницу на испытаніе.

Если лица, о которомъ идетъ рѣчь, нельзя видѣть (если, наприм., оно уже умерло), то нужно, по возможности, основывать свои заключенія на документахъ и фактическихъ данныхъ, наприм., на основаніи исторіи болѣзни, писемъ. Очень часто, наприм., изслѣдованіе писемъ лица, о которомъ идетъ рѣчь, даетъ такія указанія на измѣненія въ почеркѣ, которыя дадутъ возможность сдѣлать точное заключеніе о существованіи болѣзни.

2. Не основывать своего заключенія на одномъ какомъ-нибудь проявленіи, кажущемся ненормальнымъ, а основывать его на цѣломъ рядѣ симптомовъ болѣзни и на такомъ ихъ сочетаніи, которое вполнѣ гармонируетъ съ научными данными.

3. Не слѣдуетъ спѣшить съ заключеніемъ; если нѣтъ достаточныхъ данныхъ для опредѣленнаго заключенія, нужно указывать на необходимость пополнить свѣдѣнія, напр., продолжительнымъ наблюденіемъ за подсудимымъ, предъявленіемъ документовъ, образцовъ почерка и т. п.

4. Нерѣдко эксперты грѣшатъ тѣмъ, что стараются во что бы то ни стало подвести душевное разстройство, которое они констатируютъ, къ опредѣленной формѣ болѣзни. Конечно, если это можно сдѣлать съ полною достовѣрностью, это слѣдуетъ сдѣлать; но если этого нельзя сдѣлать съ достовѣрностью, то нечего объ этомъ и стараться, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ эксперта не спрашиваютъ о названіи болѣзни, а только о фактѣ существованія какого бы то ни было душевнаго разстройства въ извѣстное время. Выбрать подходящее названіе болѣзни и въ клиникѣ не всегда легко, а тѣмъ болѣе оно затруднительно на судѣ. Выбравъ же какое-нибудь названіе ошибочно, врачъ, если ошибка его будетъ отмѣчена одною изъ сторонъ, дискредитируетъ всю свою экспертизу.

5. Заключеніе обыкновенно отвѣчаетъ на тѣ вопросы, которые судъ ставитъ эксперту. Желательно, чтобы вопросы были по возможности опредѣленные. Экспертъ, отвѣчая на нихъ, долженъ давать мнѣнія, по возможности, точныя, указывая степень вѣроятности. Если экспертъ не считаетъ себя компетентнымъ въ рѣшеніи какого либо поставленнаго вопроса, онъ не долженъ стѣсняться указать это: несравненно правильнѣе сознаться въ своемъ незнаніи, чѣмъ ввести судъ въ ошибку. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эксперту приходится касаться и такихъ сторонъ дѣла, на которыя судебная власть не обратила вниманія. Законъ прямо предписываетъ, что „свѣдующіе люди, производя освидѣтельствованіе не должны упускать изъ виду и такихъ признаковъ, на которые слѣдователь не обратилъ вниманія, но изслѣдованіе коихъ можетъ привести къ открытію истины“ (ст. 333 Уст. уг. судопр.). Однако эксперту слѣдуетъ избѣгать дѣлать такія отступленія отъ поставленныхъ вопросовъ, которые мало относятся къ дѣлу.

6. Заключеніе эксперта должно быть обстоятельно мотивировано, причемъ слѣдуетъ предвидѣть могущія быть сдѣланными возраженія. Въ своемъ изложеніи врачъ долженъ пользоваться простымъ и яснымъ литературнымъ языкомъ, употребляя лишь въ необходимости малопонятные термины и то поясняя ихъ значеніе. Это необходимо въ виду того, что его мнѣніе должно быть хорошо усвоено судьями, сторонами и присяжными. Слѣдуетъ избѣгать излишнихъ экскурсій въ спеціальную литературу; изложеніе не должно имѣть лекціоннаго характера. Правда, во многихъ случаяхъ мнѣніе эксперта должно быть результатомъ очень серьезнаго и продолжительнаго изученія обстоятельствъ и литературы даннаго предмета: оно часто есть серьезное научное изслѣдованіе, но по своему характеру оно носитъ особую ему присущую форму.

7. При составленіи своего судебно-медицинскаго заключенія экспертъ долженъ помнить общее врачебное правило: къ каждому случаю нужно относиться, строго индивидуализируя его.

Таковы правила, которыхъ вообще долженъ держаться экспертъ.— Примѣненіе этихъ правилъ и знаніе какъ общихъ законовъ проявленія душевныхъ разстройствъ, такъ и свойствъ отдѣльныхъ формъ заболѣваній, дастъ ему возможность въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ составить требуемое судомъ заключеніе.

Прибавлю только нѣсколько словъ объ обычной схемѣ или планѣ заключенія. Планъ этотъ можетъ быть различенъ, смотря по особенностямъ случая. Онъ нѣсколько разнится въ зависимости, напр., отъ того дается ли письменное или устное заключеніе. Устное заключеніе дается въ судебномъ засѣданіи по дѣламъ уголовнымъ. Письменное, а также и устное, но тотчасъ записываемое въ видѣ протокола, заключеніе дается при экспертизѣ у судебнаго слѣдователя и иногда въ распорядительномъ засѣданіи окружнаго суда. Письменное заключеніе дается въ дѣлахъ гражданскихъ.

При подачѣ письменнаго заключенія въ вступительной части я обыкновенно пишу поводъ, по которому оно дается, затѣмъ выписываю дословно вопросы, поставленные судомъ. Если окончательный выводъ изъ моего отвѣта можетъ быть выраженъ въ краткой формулѣ, то я его пишу тотчасъ послѣ вопросовъ, а затѣмъ перехожу къ изложенію мотивовъ. Если же окончательный выводъ формулируется въ нѣсколькихъ положеніяхъ, вытекающихъ изъ мотивировки и безъ нея неясныхъ, то я откладываю его до конца заключенія. Мотивировку или обоснованіе заключенія я начинаю обыкновенно съ такъ называемой исторической части, т. е. съ изложенія въ систематическомъ порядкѣ тѣхъ данныхъ, которыя имѣетъ экспертиза въ своемъ распоряженіи, т. е. результатовъ изслѣдованія больного, если оно произведено, показаній свидѣтелей, относящихся къ поставленному вопросу, содержанія документовъ, исторіи болѣзни, образцовъ почерка. При этомъ обыкновенно я произвожу сопоставленіе и критическую оцѣнку имѣющагося матеріала. Затѣмъ перехожу къ изложенію своего мнѣнія, т. е. представляю тѣ разсужденія, которыя приводятъ меня къ выводамъ изъ представленнаго матеріала. При этомъ подробно разбираются поставленные вопросы, въ большинствѣ случаевъ въ томъ порядкѣ, какъ они поставлены. Въ заключительной части я пишу свои выводы въ видѣ краткихъ положеній, причемъ стараюсь, чтобы они не давали повода къ различному толкованію.

Заключенія эксперта, которыя записываются въ видѣ протокола,

вообще излагаются короче. Вступительная часть въ нихъ дѣлается обыкновенно представителями суда; затѣмъ идетъ изложеніе „исторической части", т. е. результата изслѣдованія больного или представленныхъ обстоятельствъ дѣла, а послѣ нея кратко выраженное „мнѣніе".

Въ словесныхъ заключеніяхъ правильнѣе—если есть возможность—съ самаго начала формулировать свой окончательный выводъ на поставленные вопросы, а потомъ указать на мотивы. Въ изложеніи мотивовъ также, какъ и при подачѣ письменнаго заключенія, начинають обыкновенно съ изложенія результатовъ изслѣдованія лица, которое является объектомъ экспертизы и обзора имѣющаго отношеніе къ экспертизѣ матеріала,—а затѣмъ переходятъ къ представленію разсужденій, приводящихъ къ высказанному въ самомъ началѣ положенію.

Таковъ планъ обычныхъ заключеній экспертовъ по судебнымъ дѣламъ о душевно-больныхъ. Здѣсь же умѣстно сказать и о другихъ свидѣтельствахъ о состояніи душевно-больныхъ, даваемыхъ врачами. Какъ я уже говорилъ, врачи могутъ производить освидѣтельствованія душевно-больныхъ не только въ судѣ, гдѣ врачъ является въ качествѣ вызываемаго или командируемаго эксперта, но и при другихъ обстоятельствахъ, напр., въ особомъ присутствіи Губернскаго Правленія при наложеніи опеки. Свидѣтельствованіе производится черезъ врачей опредѣленнаго служебнаго положенія по указанной въ законѣ программѣ и имѣетъ мало общаго съ обычнымъ всестороннимъ врачебнымъ изслѣдованіемъ при судебной экспертизѣ. Другого рода освидѣтельствованія производятся по различнымъ вопросамъ, касающимся положенія душевно-больныхъ, напр., по вопросамъ о возможности продолжать службу, о назначеніи усиленной пенсіи, о томъ, насколько подлежитъ данный больной общественному призрѣнію, о неспособности отбывать воинскую повинность и т. п. Освидѣтельствованія эти тогда только имѣютъ оффиціальное значеніе, когда произведены по оффиціальному требованію какого нибудь вѣдомства, или произведены врачами, занимающими опредѣленное служебное положеніе, на которыхъ по закону лежитъ обязанность свидѣтельствовать больныхъ, напр., врачами, входящими въ составъ Врачебнаго отдѣленія Губернскаго Правленія, городовыми, уѣздными врачами. Свидѣтельства же другихъ врачей, выдаваемые по личной просьбѣ частныхъ лицъ, получаютъ оффиціальное значеніе лишь тогда, когда будутъ подтверждены Врачебнымъ отдѣленіемъ. Освидѣтельствованія оффиціальныя производятся по опредѣленной инструкціи, указанной Медицинскимъ Департаментомъ или другими Правительственными учрежденіями и пріобрѣтаютъ значеніе судебно-медицинскаго акта только при соблюденіи всѣхъ фор-

мальностей, требуемыхъ закономъ, и когда производятся по опредѣленнымъ мотивамъ и въ присутствіи лицъ, которыя для этого назначаются. Иначе это будутъ простыя свидѣтельства или удостовѣренія Выдаваемыя свидѣтельства нѣсколько разнятся по формѣ въ зависимости отъ цѣли, съ которой производятся; такъ, напр., въ свидѣтельствахъ о находящихся на службѣ чиновниковъ, выдаваемыхъ на предметъ полученія пенсіи, прописываются: 1) поводъ къ освидѣтельствованію; 2) объективные и субъективные признаки болѣзни съ точнымъ ея опредѣленіемъ; 3) причины, ея произведшія; 4) время ея приключенія; 5) чѣмъ угрожаютъ настоящіе припадки въ будущемъ—излѣчима ли болѣзнь, или нѣтъ; 6) причины, по которымъ болѣзнь ея лишаетъ не только возможности продолжать службу, но и обходиться безъ посторонняго ухода (Св. Зак. т. III Уст. о пенс. изд. 1876 г. ст. 179).

При свидѣтельствованіи по поводу неспособности снискивать пропитаніе во многихъ случаяхъ нѣтъ надобности указывать причины болѣзни, а нужно указать, подаетъ ли болѣзнь надежду на излѣченіе, или безусловно неизлѣчима и какъ она вліяетъ на трудоспособность больного.

Простыя удостовѣренія о болѣзни, выдаваемыя врачами имѣютъ лишь условное значеніе, но какъ документы, которые доказываютъ существованіе удостовѣряемаго факта, они несомнѣнно могутъ играть чрезвычайно важную роль во многихъ случаяхъ, и потому врачъ долженъ давать ихъ весьма осмотрительно. Я уже имѣлъ случай говорить о нѣкоторыхъ деталяхъ, относящихся къ выдачѣ удостовѣреній о состояніи душевно-больныхъ въ концѣ главы о діагностикѣ душевныхъ болѣзней и потому прибавлю къ сказанному только то, что нужно при выдачѣ такихъ удостовѣреній взвѣшивать различныя обстоятельства дѣла. Врачъ даже при несомнѣнной наличности душевнаго заболѣванія у наблюдаемаго имъ лица не можетъ считать себя въ правѣ выдавать каждому, кто къ нему за этимъ обратится, удостовѣреніе о душевной болѣзни; каждый разъ нужно обсудить, какое отношеніе имѣетъ лицо, желающее получить удостовѣреніе, къ самому больному, имѣетъ ли онъ право на полученіе удостовѣренія, не произойдетъ ли отъ этого нарушеніе интересовъ больного, и не будетъ ли этимъ раскрыта ввѣренная врачу тайна.—Это правило нужно соблюдать не только при выдачѣ „свидѣтельствъ“ и „удостовѣреній“, составляемыхъ по общеизвѣстной формѣ, но и при другихъ письменныхъ и устныхъ сообщеніяхъ о состояніи больного

———

